

*Promemoria av arbetsgruppen för tryggande*  
**av hälso- och sjukvården i framtiden**

---

## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Utgivningsdatum</b> 24.4.2002	
<b>Författare</b> (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredningsman, generaldirektör Jussi Huttunen, Folkhälsoinstitutet Ledningsgruppens ordförande, kanslichef Markku Lehto, Social- och hälsovårdsministeriet Ledningsgruppens sekreterare, medicinalrådet Jouko Isolauri, Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Typ av publikation</b> Promemoria <b>Uppdragsgivare</b> Statsrådet <b>Datum för tillsättandet av organet</b> 13.9.2001	
<b>Publikation (även den finska titeln)</b> Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio (Promemoria av arbetsgruppen för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden)			
<b>Publikationens delar</b>			
<b>Referat</b> Förslag till tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden  <p>Statsrådet tillsatte 13.9.2001 ett projekt för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. För projektet utsågs en ledningsgrupp och ledningsgruppen utsåg för det grundläggande arbetet fem utredningspersoner samt stödgrupper för dem. Grupperna har hört ett stort antal sakkunniga inom hälso- och sjukvården.</p> <p>Projektets ledningsgrupp har på förslag av utredningsmannen utformat ett förslag till åtgärder som skall vidtas för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Ledningsgruppen föreslår att vård garanteras inom utsatt tid före ingången av år 2005. Nödvändig vård skall då ordnas inom sex månader, poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade sjukvården inom tre veckor och en första konsultation angående vård och vårdbehovet vid hälsovårdscentral inom tre dygn från den första kontakten. Om kommunen eller samkommunen inte kan ordna vård inom utsatt tid, är de skyldiga att köpa den av andra serviceproducenter utan att klientens självriskandel påverkas.</p> <p>Hälsovårdspersonalens utbildning utökas. Enligt förslaget skall antalet studieplatser inom läkarutbildningen utökas från år 2002 från 550 till 600. Arbetsgemenskaperna utvecklas med hjälp av ledarutbildning. Arbetsgivaren skall ordna systematisk fortbildning för hälsovårdspersonalen.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att funktionerna och strukturerna reformeras så att primärhälsovården ordnas i form av funktionella helheter inom de ekonomiska regionerna. I samband med detta skall de regionala skillnaderna och avstånden beaktas. Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården utvecklas och utökas. Kretssjukhusen bildar hälso- och sjukvårdsområden tillsammans med primärhälsovårdsheterna på området eller verkar i samband med centralsjukhusen i större utsträckning än för närvarande.</p> <p>Hälso- och sjukvården är i behov av en tilläggsfinansiering på 0,7 miljarder euro före ingången av år 2007. Med denna finansieringsandel kan man uppnå den nivå som vårdrekommendationerna förutsätter och trygga den efterfrågan på service som befolkningens åldrande föranleder samt garantera att vård fås inom utsatt tid. Staten och kommunerna svarar tillsammans för tilläggsfinansieringen. De funktionella förändringarna, ibruktagandet av elektroniska sjukjournaler, projektet Gångbar vård och Rohto-projektet stöds med särskild projektfinsiering. Finansieringen för enheten för utvärdering av medicinsk metodik höjs.</p> <p>För verkställigheten av projektet svarar en ledningsgrupp. Social- och hälsovårdsministeriet samordnar genomförandet av projektet.</p>			
<b>Nyckelord</b> hälso- och sjukvård, hälsovårdspersonal, offentliga tjänster, specialiserad sjukvård, vård, vårdrekommendation			
<b>Övriga uppgifter</b> På Internet: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2002:3swe		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1140-4
<b>Sidoantal</b> 57	<b>Språk</b> svenska	<b>Pris</b> 14,80 €	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Distribution</b> Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535, fax (03) 260 8150, e-post: <a href="mailto:julkaisumyynti@stm.vn.fi">julkaisumyynti@stm.vn.fi</a>		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	

# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b> 24.4.2002	
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Selvitysmies, pääjohtaja Jussi Huttunen, Kansanterveyslaitos Johtoryhmän puheenjohtaja, kansliapäällikkö Markku Lehto, sosiaali- ja terveysministeriö Johtoryhmän sihteeri, lääkintöneuvos Jouko Isolauri, sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun laji</b> Työryhmämuistio	
		<b>Toimeksiantaja</b> Valtioneuvosto	
		<b>Toimielimen asettamispäivä</b> 13.9.2001	
<b>Julkaisun nimi</b> (myös ruotsinkielinen) Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio (Promemoria av arbetsgruppen för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden)			
<b>Julkaisun osat</b>			
<b>Tiivistelmä</b>  Ehdotukset terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi  Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektille nimettiin johtoryhmä ja johtoryhmä nimesi hankkeen taustatyöhön viisi selvityshenkilöä ja heille tukiryhmät. Ryhmät ovat kuulleet laajaa joukkoa terveydenhuollon asiantuntijoita. Hankkeen johtoryhmä on selvitysmiehen esityksestä muovannut esityksen niiksi toimenpiteiksi, joihin tulisi ryhtyä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Johtoryhmä esittää, että hoitoon pääsy määräajoissa turvataan vuoteen 2005 mennessä. Kaikki tarpeelliseksi todettu hoito on tähän mennessä järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa, poliklininen hoidon arvio erikoissairaanhoidossa kolmen viikon kuluessa sekä terveyskeskuksen ensiarvio hoidosta ja hoidon tarpeesta kolmessa päivässä yhteydenotosta. Jos kunta tai kuntayhtymä ei itse voi järjestää hoitoa määräajassa, on se velvollinen hankkimaan sen muualta potilaan omavastuusuuden muuttumatta. Terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta lisättään. Lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määrää esitetään lisättäväksi vuodesta 2002 alkaen 550:stä 600:aan. Työyhteisöjä kehitään järjestämällä johtamiskoulutusta. Terveydenhuoltohenkilöstölle järjestetään työnantajan toimesta systemaattinen täydennyskoulutus. Toimintoja ja rakenteita esitetään uudistettavaksi niin, että perusterveydenhuolto järjestetään seutukunta-kohtaisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Ratkaisuihin huomioidaan alueelliset erot ja etäisyydet. Erikoissairaanhoidon työnjakoa kehitetään ja lisätään. Aluesairaalat muodostavat alueensa perusterveydenhuollon kanssa terveydenhuoltoalueita tai toimivat nykyistä kiinteämmin keskussairaaloiden yhteydessä. Terveydenhuollon lisärahoitustarve vuoteen 2007 mennessä on 0,7 miljardia €. Tällä rahoitusosuudella voidaan päästä hoitosuosituksen edellyttämään tasoon sekä turvata väestön ikääntymisestä aiheutuva palvelujen kysyntä ja hoidon saamisen enimmäisajat. Lisärahoituksesta vastaavat valtiot ja kunnat yhdessä. Erillisellä hanke- rahoituksella tuetaan toiminnallisia muutoksia sekä elektronisen sairauskertomuksen käyttöönottoa, Käypä Hoito- ja Rohto- projekteja. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön rahoitusta nostetaan.  Hankkeen toimeenpanosta vastaa johtoryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelman toteuttamista.			
<b>Avainsanat:</b> (asiasanat) Erikoissairaanhoido, hoito, hoitosuositus, julkiset palvelut, terveydenhuolto, terveydenhuoltohenkilöstö			
<b>Muut tiedot</b> Internetissä: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3swe		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1140-4
<b>Kokonaissivumäärä</b> 57	<b>Kieli</b> ruotsi	<b>Hinta</b> 14,80 €	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, sähköposti: <a href="mailto:julkaisumyynti@stm.vn.fi">julkaisumyynti@stm.vn.fi</a>		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	

## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health		<b>Date</b> 24 April 2002	
<b>Authors</b> Rapporteur ad int.: Jussi Huttunen, Director General, National Public Health Institute Chairman of the steering group: Markku Lehto, Permanent Secretary, Ministry of Social Affairs and Health Secretary of the steering group: Jouko Isolauri, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health		<b>Type of publication</b> Working Group Memorandum	
		<b>Commissioned by</b> Government	
		<b>Date of appointing the organ</b> 13 September 2001	
<b>Title of publication</b> Memorandum of the National Project on Safeguarding the Future of Health Care Services			
<b>Parts of publication</b>			
<b>Summary</b>  Proposals for safeguarding the future of health care services:  The Government set up on 13 September 2001 a project to safeguard the future of Finnish health care. The steering group of the project appointed five rapporteurs ad int. and support groups for them to carry out the background work for the project. The groups have heard a wide range of experts in health care. The steering group of the project has formulated upon the presentation of the chief rapporteur a proposal for the measures that should be undertaken to safeguard the future of health care services. The steering group suggests that access to treatment within prescribed periods of time should be guaranteed by 2005. By that year all such care and treatment that is deemed necessary must be provided within six months; an estimate of out-patient treatment within specialised medical care within three weeks; and a first estimate of treatment and need for treatment at a health centre within three days from the date the client has contacted the centre. If the municipality or joint municipal board is not itself able to provide the necessary treatment within the prescribed time, it must acquire it from elsewhere and this must not involve increased costs to the patient. The volume of education for health care personnel will be increased. The number of openings for medical students is proposed to be increased from 550 in 2002 to 600. Workplaces will be developed by providing management training. Employers will provide health care staffs with systematic further training. Functions and structures are proposed to be reformed so that primary health care is organised as functional entities according to sub-region. Regional differences and geographical distances are taken into account. The division of labour within specialised medical care will be developed and enhanced. Regional hospitals form together with the primary health care within their area health care regions or are linked more closely to central hospitals. The need for additional funding for health care will be € 0.7 billion by 2007. By this financing share it will be possible to achieve the level required by care recommendations, as well as to ensure the increased demand for care on account of population ageing and access to treatment within the prescribed periods. The state and local authorities are together responsible for additional financing. Separate project funding will enable functional changes and the introduction of electronic patient records, as well as the implementation of the so called Valid treatment and ROHTO projects. The grant for the evaluation unit for health care methods will be increased. The steering group is responsible for the execution of the project. The Ministry of Social Affairs and Health co-ordinates the carrying out of the programme.			
<b>Key words</b> Care, care recommendation, health care, health care personnel, public services, specialised medical care			
<b>Other information</b> At the Internet: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Title and number of series</b> Working Group Memorandum of the Ministry of Social Affairs and Health 2002:3swe		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1140-4
<b>Number of pages</b> 57	<b>Language</b> Swedish	<b>Price</b> € 14,80	<b>Publicity</b> Public
<b>Distributor/Orders</b> Publications sale of the Ministry, P.O.B. 536, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358-3-260 8158 and 260 8535		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	

## FÖRORD

Statsrådet tillsatte den 13 november 2001 ett nationellt projekt för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. Projektets uppgift var att senast 31.3.2002 utarbeta en plan och ett åtgärdsprogram för trygghet av en fungerande hälso- och sjukvård samt tillgången och kvaliteten på hälso- och sjukvårdstjänsterna. Projektet skulle beakta de internationella erfarenheterna av hälsovårdsreformer, mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2000-2003, statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, erfarenheterna från programmet Hälsa för alla 2000 samt övriga tillgängliga utredningar. Resultaten av projektets arbete skulle utgöra underlag för förhandlingarna om nästa regeringsprogram.

Under arbetet skulle projektet höra representanter för bland annat olika ministerier, riksdagens social- och hälsovårdsutskott, kommuner och samkommuner, arbetsmarknadsorganisationerna, patientorganisationer samt social- och hälsovårdssektorns organisationer, Folkpensionsanstalten, universiteten och yrkeshögskolorna, forskningsinrättningar och hälso- och sjukvårdssektorns företag.

Till ordförande i projektets ledningsgrupp kallades kanslichef Markku Lehto vid social- och hälsovårdsministeriet och till medlemmar statssekreterare Raimo Sailas vid finansministeriet, verkställande direktör Risto Parjanne vid Finlands Kommunförbund, administrativ överskötare Pirkko Valkonen vid Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt och utredningsman, generaldirektör Jussi Huttunen vid Folkpensionsanstalten. Medicinalrådet Jouko Isolauri vid social- och hälsovårdsministeriet har varit ledningsgruppens sekreterare.

Utredningsmannens uppgift var att göra en lägesbedömning och utarbeta ett åtgärdsprogram gällande följande fem till projektet anslutande frågekomplex:

- Reformering av servicesystemets funktionella och administrativa strukturer samt förbättring av dess effektivitet och produktivitet.
- Arbetskraftsbehovet i och arbetsfördelningen mellan olika personalgrupper. Stärkande av ledarskapet, utveckling av arbetsförhållandena och höjning av sektorns dragningskraft. Organisering av fortbildningen.
- Finansieringen av hälso- och sjukvården. Finansieringens nivå och stabilitet, finansieringskanaler och resursallokering, statsandelssystemet, kommunfaktureringen, klientavgiftspolitik. Förbättring av det statliga styrsystemet.
- Utveckling av arbetsfördelningen och samarbetet mellan å ena sidan den offentliga sektorns och å andra sidan den privata och tredje sektorns serviceproduktion.
- Genomförande och verkställande av vårdpraxis, riksomfattande rekommendationer och regionala vårdprogram. Utveckling, utvärdering och införande av nya undersöknings- och vårdmetoder.

Till beredande utredningspersoner för de fem frågekomplexen kallades distriktsdirektör Rauno Ihalainen (Birkalands sjukvårdsdistrikt), professor Mats Brommels (Hel-

singfors universitet), rektor Matti Uusitupa (Kuopio universitet), hälsodirektör Riitta Simoila (Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt), verkställande direktör Hannele Kalske (Reumastiftelsens sjukhus), professor Marjukka Mäkelä (Stakes) och överläkare Leena Niinistö (Katrinesjukhuset). Social- och hälsovårdsministeriet sammankallade sakkunniggrupper till stöd för de ansvariga för frågekomplexen. Under arbetet hördes närmare 400 sakkunniga och aktörer inom sektorn.

Projektet har i enlighet med det givna uppdraget inriktat sig på frågor i anslutning till utveckling av hälso- och sjukvårdens servicesystem. Socialvården har granskats i fråga om samarbetet och arbetsfördelningen inom social- och hälsovården. Då statsrådet år 2001 fattat ett principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, har föreliggande projekt i huvudsak behandlat hälsofrämjande åtgärder inom ramen för hälso- och sjukvårdens servicesystem. Prioritering inom hälso- och sjukvården har inte granskats särskilt i samband med projektet. Prioriteringens roll i utvecklandet av hälso- och sjukvården har utretts i det projekt som leddes av arkiater Risto Pelkonen och avslutades år 2000 med seminariet Hälsoforum 2000. Det har i samband med föreliggande arbete inte varit möjligt att lägga fram förslag gällande utvecklingen av enskilda specialområden eller funktioner.

Markku Lehto  
Ordförande

Raimo Sailas

Risto Parjanne

Pirkko Valkonen

Jussi Huttunen

Jouko Isolauri  
Sekreterare

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD.....</b>	<b>9</b>
<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MÅLEN FÖR UTVECKLINGSARBETET.....</b>	<b>14</b>
<b>3. UTVECKLINGSÅTGÄRDER .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 FRÄMJANDE AV HÄLSAN .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 TRYGGANDE AV VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET OCH SÄKERSTÄLLANDE AV VÅRDENS KVALITET .....</b>	<b>17</b>
3.2.1 Tryggande av vårdens tillgänglighet.....	17
3.2.2 Kvalitetshantering .....	21
3.2.3 Tryggande av kompetensen .....	22
3.2.4 Ibruktagande av nya metoder .....	24
<b>3.3 REFORMERING AV SERVICESYSTEMETS STRUKTURER .....</b>	<b>25</b>
3.3.1 Närservice .....	26
3.3.2 Specialiserad sjukvård.....	29
3.3.3 Informationssystem.....	31
3.3.4 Kommunalanställda läkares arbete i den privata sektorn.....	33
3.3.5 Genomförandet av strukturförändringarna.....	34
<b>3.4 UTVECKLING AV PERSONALEN .....</b>	<b>35</b>
3.4.1 Fungerande arbetsgemenskap och gott ledarskap .....	36
3.4.2 Ändamålsenlig arbetsfördelning .....	37
3.4.3 Rätt dimensionerad utbildning .....	38
3.4.4 Övriga åtgärder för att lindra de problem läkarbristen medför .....	40
3.4.5 Koordinering av utbildningen .....	42
3.4.6 Sporrande lönesystem .....	43
<b>3.5 KLIENTAVGIFTER.....</b>	<b>44</b>
<b>3.6 SJUKFÖRSÄKRING OCH REHABILITERING .....</b>	<b>45</b>
<b>3.7 FINANSIERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....</b>	<b>47</b>
3.7.4 Hälso- och sjukvårdens totala finansieringsbehov 2003-2010.....	48
3.7.2 De föreslagna utvecklingsåtgärdernas effekt på statens och kommunernas ekonomi.....	49
<b>3.8 GENOMFÖRANDET AV PROGRAMMET .....</b>	<b>52</b>
<b>4. SAMMANDRAG .....</b>	<b>52</b>

## 1. INLEDNING

Grunden för den finländska hälso- och sjukvården är den i grundlagen inskrivna medborgarliga rätten att få tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Utgångspunkterna för systemet är att det är skattefinansierat, att staten svarar för styrningen och att kommunerna svarar för ordnandet av tjänsterna. Till statens uppgifter hör att definiera hälsopolitiken och anpassa den till den övriga samhällspolitiken, styra och övervaka hälso- och sjukvårdssystemet samt trygga jämlikhets- och kvalitetskraven i anslutning till hälso- och sjukvårdstjänsterna. Kommunernas ansvar för ordnandet av tjänsterna grundar sig förutom på lagstiftningen även på en lång tradition. Den på lokalt beslutsfattande baserade demokratin stärker systemets acceptabilitet.

Systemet har hittills fungerat bra. Den av kommunerna ordnade primärvården och specialsjukvården täcker hela landet. Personalen är välutbildad och engagerad i arbetet. Utgående från de befintliga mätarna är kvaliteten på tjänsterna god, medan tillgången är god eller medelmåttig. Den förebyggande hälsopolitiken har varit framgångsrik: såväl barnens som den vuxna befolkningens hälsa har kontinuerligt förbättrats.

Servicesystemet är utsatt för tryck från många håll. Även om de äldre i medeltal blir allt friskare, återspeglas förändringarna i åldersstrukturen i behovet av vård och omsorg. Till följd av den snabba migrationen inom landet måste delar av servicesystemet omstruktureras. Med hjälp av ny teknik kan vården och omsorgen förbättras och effektiviseras. En del av denna teknik är dock dyr, vilket medför att det blir allt viktigare att kunna behärska tekniken rätt. Andra aktuella utmaningar är bekämpningen av problem som följer av långtidsarbetslöshet och utslagning samt av det ökade missbruket av alkohol och narkotiker.

Den specialiserade sjukvården ändrar karaktär. En del av den specialiserade sjukvården kräver smal spetskompetens och koncentreras till de fem universitetssjukhusen, några centralsjukhus och separata kompetenscentra. Det blir allt viktigare att förbättra samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården samt mellan hela hälso- och sjukvården och socialväsendet.

Systemet hotas av brist på arbetskraft. Läkar- och skötarbristen hämmar primärvården och den specialiserade sjukvården i hela landet. När de stora åldersklasserna går i pension kommer arbetskraftsbristen att märkas i alla personalgrupper. Arbetskraftsbristen kan förebyggas genom utveckling av arbetets innehåll och arbetsmetoderna, korrekt dimensionering av antalet studieplatser och genom att förbättra arbetsförhållandena så att personalen stannar kvar längre i arbetslivet.

För närvarande har Finland de lägsta totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och offentliga hälsovårdsutgifterna av alla västliga industriländer. Hälso- och sjukvårdens produktivitet ökade avsevärt under 1990-talet och ligger nu på en i medeltal hög nivå. Effektivitetsökningen grundade sig på hög yrkesskicklighet, talkoanda och en ytterst motiverad personal. Servicesystemet har efter de under recessionen genomförda inbesparingarna



anvisats endast små resursökningar, trots att antalet personer över 65 år under samma tid ökat med närmare 100 000. En del av personalen arbetar för närvarande vid gränsen för sin prestationsförmåga.

## 2. MÅLEN FÖR UTVECKLINGSARBETET

Målet med det utvecklingsarbete som beskrivs i denna plan är att på det sätt grundlagen avser trygga att alla medborgare får tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som motsvarar deras behov. Patienten garanteras tillräcklig information och deltagande i beslutsfattande som gäller henne/honom själv. Reformerna skall säkerställa tjänsternas kontinuitet, rättidighet, trygghet och kvalitet, främja samarbetet mellan olika aktörer och sporra till kostnadseffektivitet. Utvecklingsarbetet genomförs så att finansieringen fortsättningsvis är skattebaserad, ojämlikheten mellan kommunerna minskar, systemets transparens ökar och verksamhetens effektivitet förbättras.

Brådskande vård ges utan dröjsmål. I andra än akutsituationer skall patienten få en första bedömning av en yrkesutbildad person inom primärvården, vanligtvis en läkare, inom tre dagar från den första kontakten. Inom den specialiserade sjukvården gäller att en läkare skall ge en första bedömning inom tre veckor från det att remiss skrivits ut. Av medicinska skäl motiverad vård eller behandling skall ges inom den tid som fastställs i de nationella vårdrekommendationerna eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom tre och senast inom sex månader. Målet skall uppnås före år 2005.

Serviceproduktionen indelas i funktionella helheter. Dessa helheter är förebyggande hälsovård, vård av akuta sjukdomar, vård av kroniska sjukdomar, vård som kan planeras på förhand samt rehabilitering. För varje funktionell helhet fastställs specifika mål för tillgängligheten och kvaliteten. I verksamheten betonas principerna om närhet och kontinuitet, förebyggandet av sjukdomar och främjandet av hälsan. Samtidigt som service-systemet utvecklas, stöds på alla sätt förutsättningarna för en god hälsa och alternativ som främjar människornas hälsa.

Ansvar för ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster ligger även i framtiden hos kommunerna. Serviceproduktionen kan dock ske på fler sätt än i dag. Förutom den kommunala hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter tillåter lagstiftningen att tjänster anskaffas även av andra producenter, t.ex. medborgarorganisationer eller producenter inom den privata sektorn. I synnerhet vad gäller laboratorie- och utbildningstjänster samt viss vård som kan planeras på förhand kan kommunala affärsverk visa sig vara ändamålsenliga lösningar.

Till statens uppgifter hör att styra och övervaka servicesystemet samt att trygga jämlikhets- och kvalitetsmålen i anslutning till hälso- och sjukvårdstjänsterna. Systemet kan styras med hjälp av normer, resurser, information samt förhands- och efterhandskontroller. Den statliga styrningen utvecklas med målet att alla medborgare skall få tillgång till högklassiga hälso- och sjukvårdstjänster på jämlika villkor. I detta program betonas informationsstyrningens betydelse i utvecklingen av servicesystemet.

Hälso- och sjukvården lyckas i sin uppgift om personalen är välutbildad, motiverad och engagerad i arbetet och om lönesättningen är rättvis. Målen nås bäst genom personalutveckling, förbättrade arbetsförhållanden och korrekt dimensionering av personalstyrkan.

### **3. UTVECKLINGSÅTGÄRDER**

#### **3.1 FRÄMJANDE AV HÄLSAN**

Hälsan kan förbättras eller försämrast som ett resultat av förändrade förhållanden, interaktionen med omgivningen och individens egen livsstil och egna val. Hälsan påverkas av vardagsmiljön och de vardagliga aktiviteterna, av de personliga kunskaperna och färdigheterna samt av stödet och omsorgen från människor i närmiljön. Individernas, familjernas och gemenskapernas val och handlingsmodeller är oftast viktigare för hälsan än servicesystemet. Brist på motion, ohälsosam kost, fetma, tobak och rusmedel ökar kraftigt risken för sjukdomar och behovet av tjänster.

Det allmänna har möjlighet att påverka medborgarnas hälsotillstånd via ett flertal förvaltningsområden. Viktiga hälsorelaterade beslut fattas i anslutning till bl.a. livsmiljön, välfärdstjänsterna, utbildning, arbetslivet, social trygghet och jämlikhet. Samarbete mellan olika aktörer och förvaltningsområden förbättrar förutsättningarna för att arbetet skall ge positiva effekter.

Det välfärdspolitiska programarbetet ger kommunerna möjlighet att i vid utsträckning granska service- och stödhelheten med beaktande av människornas behov och de lokala förhållandena. Arbetet täcker hela fältet av aktörer, olika servicebehov och den förebyggande aspekten. Det välfärdspolitiska programmet stödjer även utvecklingen av regionala lösningar och samarbete mellan olika delar och sektorer inom servicesystemet. Medborgarorganisationerna har en viktig roll i främjandet av hälsan och i produktionen av information om människornas välfärd.

Statsrådet fattade år 2001 ett principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Programmet utgör en referensram för den hälsofrämjande verksamheten inom olika samhällsområden. I strategin presenteras åtta mål. Målen ansluter till problem vars lösning förutsätter likriktade åtgärder av de inblandade aktörerna. Dessutom omfattar programmet 36 riktgivande ställningstaganden med åtgärdsrekommendationer gällande medborgarnas vardagsmiljö och samhällets olika aktörer. Föreliggande program kompletterar programmet Hälsa 2015 och innehåller åtgärdsförslag för utveckling av hälso- och sjukvårdens servicesystem.

Finländarnas allvarligaste enskilda hälsoproblem är i dag och inom den närmaste framtiden alkoholen. Alkoholkonsumtionen ökar och alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall blir allt vanligare. Mängden hälsoproblem som förorsakas av alkohol står i direkt proportion till totalkonsumtionen. Totalkonsumtionen av alkohol beräknas öka med 10-20 procent till följd av avlägsnandet av de särskilda begränsningarna för resenärers införsel av alkohol samt av att priserna från och med början av 2004 sjunker genom skattesänkningar så att de närmar sig de övriga EU-ländernas prisnivå.

Detta medför att de alkoholrelaterade hälsoproblemen och det åtföljande servicebehovet kommer att öka kraftigt.

Det enda snabbt verkande sättet att minska totalkonsumtionen av alkohol är att sänka den maximala alkoholhalten i öl och andra genom jäsning tillverkade alkoholdrycker vilka säljs i detaljhandeln utanför alkoholbolaget. Genom denna åtgärd kunde alkoholens skadliga hälsoeffekter minskas i avsevärd grad, liksom även de kostnader som dessa förorsakar servicesystemet. Åtgärden skulle proportionellt sett ha en högre effekt på barns och ungdomars än på vuxnas konsumtion.

När Estland ansluter sig till Europeiska unionen kan en sänkning av tobaksskatten bli nödvändig. Frågan bör beaktas i samband med anslutningsförhandlingarna, varvid målet bör vara att hitta medel att förebygga de hälsomässiga och ekonomiska problem som sänkta priser på tobaksvaror medför.

### **Rekommendation 1**

*Kommunerna bedömer behovet av social- och hälsovårdstjänster och organisationen av tjänsterna som en del av det välfärdspolitiska programarbetet. I arbetet betonas främjandet av hälsan, förebyggandet av sjukdomar, utvecklingen av regionala lösningar och samarbetet mellan servicesystemets olika delar och kommunens olika sektorer.*

*Kommunerna och de andra aktörerna främjar befolkningens hälsa utgående från riktlinjerna i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.*

*Den maximala alkoholhalten i genom jäsning tillverkade alkoholdrycker som säljs i detaljhandeln utanför alkoholbolaget Alko Ab sänks från nuvarande 4,7 % i syfte att sänka totalkonsumtionen av alkohol samt minska de av alkohol förorsakade hälsoproblemen och de kostnader dessa medför för servicesystemet.*

## **3.2 TRYGGANDE AV VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET OCH SÄKERSTÄLLANDE AV VÅRDENS KVALITET**

Hälso- och sjukvårdstjänsternas tillgänglighet och kvalitet skall fylla de nationellt fastställda kraven oberoende av patientens hemort och hur tjänsterna anordnas. Med hjälp av kvalitets- och informationssystem säkerställs att tillgången på tjänster samt deras effekt och kostnadseffektivitet grundar sig på jämlikhetsprincipen.

Patienten måste alltid tillräckligt snabbt kunna få kontakt med hälsovårdspersonal som kan bedöma vårdbehovet och ta ansvar för de fortsatta åtgärderna. Effektiv elektronisk kommunikation och en tillgänglig, heltäckande och överskådlig sjukjournal förbättrar förutsättningarna för korrekta och tillräckligt snabba bedömningar. En enhetlig vårdpraxis och enhetliga grunder för tilldelningen av köplats samt utvecklandet av centrala elektroniska sjukjournalssystem gör det möjligt att kontrollera också undersöknings- och vårdköerna.

En god vård kan uppnås genom att basera verksamheten på bästa tillgängliga information. Härigenom kan vården i högre grad sättas in i rätt tid och ger bättre effekt samtidigt som säkerheten och hushållningen med resurserna förbättras och jämlikheten främjas. Samma information kan, tillämpad i rätt form, även förbättra människornas möjligheter att främja den egna hälsan och delta i beslutsfattande som gäller dem själva.

Målet med kvalitetshanteringen är att vårdprocessen skall löpa så effektivt som möjligt, att patienten vårdas väl och att han eller hon alltid får behövlig information gällande syftet med och genomförandet av behandlingen samt om andra frågor i anslutning till vården.

### **3.2.1 Tryggande av vårdens tillgänglighet**

Vårdens tillgänglighet varierar i Finland såväl i olika regioner som för olika sjukdomar. En orsak här till är bristen på resurser. Tillgängligheten påverkas också av variationer i vårdpraxis, kompetensbrister samt ålderdomliga metoder i kommunikationen och informationsförmedlingen. Det förekommer kommunikationsproblem såväl internt mellan hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter som mellan enheterna och klienterna.

När en medborgare kontaktar en primärvårdsenhet för vård som inte är av brådskande natur, skall han eller hon inom tre dagar få en första bedömning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, antingen läkare, hälsovårdare eller sjukskötare. Bedömningen kan omfatta en lösning på problemet eller besked om en mottagningstid för undersökning av fallet. När patienten snabbt får veta hur ärendet går vidare, minskar behovet att kontakta jouren i ett ärende som inte är medicinskt brådskande.

Fördröjningarna kan minskas genom att personalen i större omfattning än i dag ger en första bedömning via elektroniska medier utan att patienten uppsöker mottagningen. Enligt internationella uppskattningar kan upp till 20 % av hälsoproblemen skötas på detta

sätt. Uppföljningen av kroniska sjukdomar och kända patienters frågor om egenvård är typiska situationer som kan skötas per telefon eller e-post.

När patienten behöver en bedömning gjord inom den specialiserade sjukvården, skall han få besked om mottagningstid och prognostiska undersökningar inom tre veckor. Om patientens tillstånd förutsätter mer brådskande vård, skall han eller hon tas emot snabbare.

Medicinskt motiverad vård skall normalt ges inom tre månader och senast inom sex månader från vårdbeslutet. Bedömningen av vårdbehovet görs av den behandlande läkaren i samråd med patienten. Om vård inte kan lämnas vid den egna enheten inom den fastställda tiden, skall kommunen eller samkommunen ordna vård någon annanstans (annan kommunal hälso- och sjukvårdsinrättning, privata sektorn, tredje sektorn), dock så att patientens betalningsandel inte ändras. Samtidigt skall patientens rätt att få vård på sitt modersmål, finska eller svenska, beaktas.

Principen om att patienten skall få vård i rimlig tid efter att behovet av vård konstaterats och att man för att främja en jämlik tillgång på hälso- och sjukvårdstjänster genom statsrådsförordning kan utfärda bestämmelser om de tider inom vilka en patient skall få undersökning och vård kommer att skrivas in i lagen om specialiserad sjukvård, folkhälsolagen och mentalvårdslagen före år 2005. Utan väl beredda och på bästa tillgängliga information grundade bestämmelser, direktiv och rekommendationer hamnar vi i en situation där vårdpraxisen formas utgående från beslut i domstolar.

Merparten av patienterna får vård tillräckligt snabbt. Av de köande patienterna uppskattas 2-5 procent ha en alltför lång väntetid. Vårdköerna berör i huvudsak några få patientgrupper. I vissa grupper varierar köernas längd avsevärt och utan grundade skäl. En orsak här till är varierande förfaranden för tilldelning av köplats. Problemen med vårdens tillgänglighet kan elimineras endast om det råder en enhetlig uppfattning gällande behovet av undersökningar och vård samt gällande vårdmetoderna, och om köuppgifterna följs upp och uppdateras med hjälp av ett elektroniskt köregister.

Närmare bestämmelser om de maximitider inom vilka patienten skall få vård kan ges efter att riksomfattande rekommendationer om principerna för tilldelning av köplats givits, verksamhetsenheterna tagit i bruk lämpliga köhanteringsförfaranden och servicesystemet anvisats tillräckliga resurser för avveckling av köerna. För uppnåendet av dessa mål utvecklas en aktiv köhantering och förbättras vårdens tillgänglighet genom fastställande av nationella kriterier för tilldelning av köplats. I samband med utarbetandet av kriterierna fastslås en rimlig kötid för olika situationer. Inledningsvis avtalar om indikatorer och kriterier för 2-4 vanliga hälsoproblem som förorsakar köer. Med hjälp av dessa typsjukdomar testas och utvecklas metoderna för köhantering.

Genomförandet av medicinskt motiverad vård inom ramen för ovan nämnda maximitider ger inbesparingar i det allmännas resurser. En nyligen gjord utredning visar att kostnaderna (sjukpenning, läkemedelskostnader, socialväsensdets kostnader) till följd av fördröjd behandling av såväl personer i arbetsför ålder som pensionärer överskrider de

kostnader vården medför – och ofta mångdubbelt. Fördröjd behandling har i många undersökningar påvisats kraftigt öka risken för att patienten blir sjukpensionerad.

Hälso- och sjukvårdstjänsternas tillgänglighet och kvalitet följs upp på såväl riksomfattande som regional nivå.

De offentliga och privata serviceproducenterna åläggs att regelbundet lämna de uppgifter som förutsätts i det informationssystem som kommer att skapas för den riksomfattande uppföljningen.

Information gällande effekten av, kvaliteten på samt kostnaderna och produktiviteten för den vård som ges av serviceproducenter som får offentlig finansiering skall vara offentlig. Denna information styr de för organisationen av vården ansvariga kommunerna och samkommunerna att välja bättre och effektivare serviceproducenter och underlättar medborgarnas val.

## Rekommendation 2

*Principen om att patienten skall få vård inom rimlig tid efter att behovet av vård konstaterats och om att man för att främja en jämlik tillgång på hälsovårdstjänster genom statsrådsförordning kan utfärda bestämmelser om de tider inom vilka en patient skall få undersökning och vård kommer att skrivas in i lagen om specialiserad sjukvård, folkhälsolagen och mentalvårdslagen före 1.1.2005. Detaljerade bestämmelser om de maximitider inom vilka patienten skall få undersökning och vård ges efter att social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Finlands Kommunförbund utarbetat direktiv gällande köhantering och principerna för tilldelning av köplats.*

*Målet är att patienten skall få en första bedömning av en yrkesutbildad person inom primärvården, vanligtvis en läkare, inom tre dagar från den första kontakten och hos en läkare i den specialiserade sjukvården inom tre veckor från det att remiss skrivits ut. Patienten skall få av medicinska skäl motiverad vård eller behandling inom den tid som fastställs i de nationella vårdrekommendationerna eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom tre och senast inom sex månader. Om kommunen eller samkommunen inte själv kan ordna vård inom utsatt tid, skall den ordna vård hos andra serviceproducenter utan att patientens betalningsandel påverkas.*

*Patienterna ställs i vårdkö utgående från indikatorer som är gemensamma för hela landet. Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar i samarbete med Finlands Kommunförbund nationella rekommendationer gällande köhantering och principerna för tilldelning av köplats före utgången av år 2003. Beslutsfattare och aktörer inom kommunen och hälso- och sjukvården samt även medborgarna får ändamålsenlig information om köernas längd och kötider.*

*Stakes och Finlands Kommunförbund inleder uppbygandet av ett system för riksomfattande uppföljning av tjänsternas tillgänglighet och vårdens effekt, kvalitet, kostnader och produktivitet samt kommuninvånarnas användning av hälso- och sjukvårdstjänster och kostnaderna härför.*

### 3.2.2 Kvalitetshantering

Det finns många exempel på allvarliga kvalitetsbrister i hälso- och sjukvården. Vårdpraxis och tillgången på vård varierar kraftigt i de olika delarna av landet: Den vårdgivande enheten underlåter ofta att ge respons till den remitterande enheten, eller ger den för sent, vilket sänker vårdens effektivitet. De extra kostnader som förorsakas av överlappande och onödiga laboratorie- och utbildningsundersökningar har uppskattats till mer än 200 miljoner euro på årsnivå. Problemen kan elimineras genom förbättrad ledning och informationsgång, utveckling av kvalitetssystem och ökat samarbete.

Med hjälp av nationella rekommendationer samt ett styr- och uppföljningssystem främjas genomförandet av högklassiga tjänster oberoende av patientens hemort. Vårdpraxis förenhetligas genom att målen fastställs på riksnivå. Att uppgifterna om vårdens kostnader och effektivitet m.m. är offentliga sporrar serviceproducenterna att utveckla sin verksamhet.

De nationella vård- och verksamhetsrekommendationerna och rekommendationerna om förebyggande åtgärder utgör grunden för de regionala vårdprogrammen. Ett flertal kvalitetsrekommendationer har utarbetats i anslutning till social- och hälsovårdens mål- och verksamhetsprogram. Tillräckliga resurser anvisas för att dessa projekt skall kunna fortsätta. Rekommendationerna behandlar även vård utan läkemedel och strävandena att påverka levnadsvanor.

Sjukvårdsdistrikten och primärvården utarbetar i samråd regionala vårdprogram för de centrala sjukdomsgrupperna och avtalar om obrutna servicekedjor som förenar den specialiserade sjukvårdens, primärvårdens och socialvårdens tjänster. De regionala vårdprogrammen grundar sig på de nationella vårdrekommendationerna och innehåller metoder och förfaringssätt som lämpar sig för regionens servicestruktur. Med hjälp av kvalitetshantering säkras genomförandet av de nationella vård- och kvalitetsrekommendationerna och av de regionala vårdprogram.

Såväl offentliga som privata producenter förutsätts ha ett kvalitetshanteringssystem med vars hjälp man säkerställer att alla som deltar i vården agerar i enlighet med god vårdpraxis. Systemen inriktas på vårdens effektivitet och på främjandet av god vård. Ibruket av systemen säkras genom utfärdande av nationella direktiv. Sjukvårdsdistrikten samordnar utvecklingen av kvalitetshanteringssystemen och stödjer utvecklingen genom utbildning. Vårdenheterna identifierar de centrala kvalitetsproblemen och avgör hur de skall mätas och förebyggas. Verksamheten utvärderas i samråd mellan förmän och arbetstagare samt genom revisioner och jämförande utvärderingar.



### Rekommendation 3

*Utarbetandet av nationella vådrekommandationer och rekommendationer för förebyggande åtgärder, produktionen och uppdateringen av versioner som passar olika användare samt produktionen av centralt utbildningsmaterial gällande rekommendationerna finansieras med bidrag från Penningautomatföreningen (1,4 miljoner euro / år) från och med år 2003.*

*Sjukvårdsdistrikten utarbetar i samarbete med primärvården regionala program för förebyggande och vård av centrala sjukdomsgrupper. Vårdprogrammen grundar sig på de nationella vådrekommandationerna. Utarbetandet av de regionala vårdprogrammen och förebyggande programmen stöds med medel ur de statsanslag som anvisats för utvecklingen av servicesystemet.*

#### 3.2.3 Tryggande av kompetensen

Hälsö- och sjukvårdens verksamhet grundar sig på ständig förnyelse och upprätthållande av yrkeskunskaperna och yrkesfärdigheterna, vilket inte är möjligt utan en målmedveten och systematisk fortbildning. Den på lagstiftning baserade skyldigheten att anordna fortbildning slopades inom social- och hälsovårdssektorn i början av 1990-talet. Det i de kommunala kollektivavtalen inkluderade utbildningsavtalet är vad fortbildning gäller endast en rekommendation.

Bristerna i fortbildningen försvagar tjänsternas kvalitet och medför problem för såväl anställda som arbetsgivare inom social- och hälsovårdssektorn. Utbildningen genomförs på olika sätt i olika enheter. Vikarieproblemen försvårar möjligheterna för läkare att delta i utbildning särskilt vid hälsovårdscentraler med befolkningsansvar. Problem förekommer även i anslutning till utbildningsutbudet och undervisningsmetoderna.

Bestämmelser som preciserar den anställdes och arbetsgivarens skyldigheter vad gäller fortbildning skrivs in i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård. Personalens yrkesmässiga utveckling kopplas till utvecklingen av verksamheten och kvalitetshanteringen. Den anställda åläggs att i enlighet med enhetens utvecklingsplan delta i såväl individuell som till hela arbetsgemenskapen riktad fortbildning. Arbetsgivaren åläggs att sörja för att personalen får fortbildning och att i samband med tryggandet av verksamhetens kvalitet följa upp hur utbildningen utfaller.

Social- och hälsovårdsministeriet utarbetar i samråd med undervisningsministeriet, Finlands Kommunförbund och arbetsmarknadsorganisationerna minimirekommendationer gällande fortbildning samt rekommendationer om genomförandet av fortbildningen.

Minimilängden för fortbildningen fastställs till 3-10 dagar per år, beroende på grundutbildning och avlagda examina samt arbetsuppgifter. Anställda som behöver krävande kunskaper och teknik som snabbt förnyas skall få minst 10 dagar fortbildning per år. Vid fastställandet av fortbildningens längd, innehåll och genomförandesätt beaktas de särskilda behoven vid verksamhetsenheten.

Inom alla yrkesgrupper skall fortbildningen omfatta folkhälsoutbildning och utbildning som syftar till utveckling av arbetsgemenskapen. Fortbildningen för vårdpersonal anordnas delvis i den egna verksamhetsenheten, delvis utanför verksamhetsenheten (ny teknik, uppgifter som kräver specialkunskaper). Fortbildningen för läkare måste huvudsakligen ske utanför den egna verksamhetsenheten. Läkare vid hälsovårdscentraler garanteras på regional nivå möjlighet till tillräcklig vidareutbildning i perioder om 3-6 månader och till regelbunden klinisk fortbildning i sjukhusarbete i perioder om 1-4 veckor. Härigenom främjas hälsovårdscentralernas inhämtande av specialkompetens.

Grundfinansieringen av fortbildningen tas ur verksamhetsenhetens personalbudget. Merkostnaderna har uppskattats till 40 miljoner euro per år. Statsandelarna för kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården höjs därför med 10 miljoner euro. För fortbildningen anvisas utvecklingsanslag ur social- och hälsovårdsministeriets budget.

En förutsättning för att välfärdstjänsterna skall kunna tryggas i en föränderlig omvärld är att personalens yrkeskompetens upprätthålls och utvecklas. Gemensam utbildning och gemensamt kunnande inom social- och hälsovården stödjer utvecklingen av samarbetet och höjer kvaliteten på tjänsterna.

## Rekommendation 4

*Bestämmelserna om fortbildning skrivs in i folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård senast utgången av år 2003. Arbetsgivaren åläggs att sörja för att personalen får fortbildning och i samband med tryggheten av verksamhetsenhetens kvalitet följa upp hur utbildningen utfaller. Den anställda åläggs att delta i fortbildning i enlighet med verksamhetsenhetens utvecklingsplan.*

*Social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, Finlands Kommunförbund, Kommunala arbetsmarknadsverket och fackorganisationerna utarbetar rekommendationer om fortbildningens innehåll och genomförande före utgången av år 2003. Minimilängden för fortbildningen fastställs enligt en skala som beaktar grundutbildning och avlagda examina samt arbetsuppgifter.*

*Statsandelarna för kommunernas social- och hälsovård anvisas 10 miljoner euro för anordnande av fortbildning från och med år 2004.*

### 3.2.4 Ibruktagande av nya metoder

Årligen utvecklas hundratals nya metoder för vård av sjukdomar, forskning, rehabilitering och förebyggande verksamhet. Metoderna tas ofta i bruk på lösa grunder. Många metoder som tagits i bruk utan föregående utvärdering har visat sig vara sämre än de gamla metoderna. Jämförelser av läkemedel, läkemedelsfri vård och andra metoder görs endast sällan. Utvecklingen och utvärderingen av metoder lämpliga för primärvården är bristfällig. Utvärderingen av metoder för det förebyggande arbetet är med undantag av vaccineringsverksamheten outvecklad.

Ett kontrollerat ibruktagande av nya metoder förutsätter ett nära samarbete mellan social- och hälsovårdsministeriet, klinisk expertis och hälso- och sjukvårdsenheterna. I synnerhet metoder som kräver dyra eller stora investeringar skall testas i projekt som omfattar en ändamålsenlig jämförelse med bästa tillgängliga metoder. Metoder avsedda för primärvården skall också testas inom primärvården.

Ny teknik kan utvärderas och tas i bruk behärskat på följande sätt. FinOHTA, enheten för utvärdering av medicinsk metodik, mönstrar med hjälp av sina inhemska och internationella sakkunnignätverk nya metoder som kan tas i beaktande, koordinerar valet av ämnen och stödjer utvärderingen i metodiskt hänseende. Utvärderingsplatserna överenskommer i samråd med sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna. Utvärderingen finan-

sieras genom att rikta specialstatsandelar för forskning till effektforskning. Social- och hälsovårdsministeriet ger rekommendationer om ibruktagandet av ny teknik. FPA ersätter endast undersökningar och vård som bedömts vara effektiva.

För utvärderingsverksamheten krävs en grupp på cirka tjugo personer, vilka understödjer i genomsnitt tre växlande innehållsexperter. Arbetet kan fördelas regionalt genom att inrätta en eller två filialenheter i anslutning till universitetssjukhusen. Social- och hälsovårdsministeriet underlydande verk skall inom sina egna områden delta i arbetet.

Läkemedelskostnaderna har de senaste åren ökat kraftigt och ökningen ser ut att fortsätta under hela innevarande decennium. Det effektivaste sättet att dämpa kostnadsökningen är att utbilda läkarkåren och att genom de nationella vårdrekommendationerna främja ett rationellt bruk av läkemedel. I syfte att uppnå dessa mål permanentas ROHTO, programmet för främjande av ett rationellt läkemedelsbruk.

### **Rekommendation 5**

*FinOHTA utvecklas till en enligt europeiska mått medelstor utvärderingsenhet som snabbt och tillförlitligt förmedlar och vid behov producerar information om effekterna av metoder som används inom hälso- och sjukvården. Enheten anvisas stegvis större resurser så att anslagen år 2006 uppgår till 2,5 miljoner euro.*

*ROHTO, programmet för ett rationellt läkemedelsbruk, permanentas och anvisas 1,3 miljoner euro från och med år 2004.*

## **3.3 REFORMERING AV SERVICESYSTEMETS STRUKTURER**

Det nuvarande systemet är förknippat med strukturella problem som höjer kostnaderna, sänker kvaliteten på tjänsterna och försvårar rekryteringen av personal. En del av problemen ansluter till samarbetet och arbetsfördelningen mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och socialvården, en del till den specialiserade sjukvårdens och primärvårdens organisation och en del till aktörernas verksamhetsmodeller.

Små enheter är sårbara för personalfrånvaro och tillgänglighetsproblem. Bildandet av större funktionella helheter stöds också av de mål som ansluter till utvecklingen och bevarandet av verksamheten och kvalitetsnivån, anordnandet av stabil finansiering och i synnerhet tillgången på yrkeskunnig arbetskraft samt ett flexibelt och effektivt bruk av arbetskraften. Tillräckligt stora verksamhetsenheter underlättar organiserandet av jourverksamheten.

Hälso- och sjukvårdens närservice anordnas som regionala funktionella helheter med tillräckligt stort befolkningsunderlag. Tjänsterna utgörs av primärvårdens tjänster och, i de områden där det är ändamålsenligt, av specialsjukvårdstjänster på basnivå. I verksamheten betonas närhets- och kontinuitetsprincipen, förebyggandet av sjukdomar och främjandet av hälsan.

Genom arrangemang för den specialiserade sjukvården säkerställs att befolkningen i alla delar av landet får krävande specialiserad sjukvård och en jämlik tillgång till tjänster. Den krävande specialiserade sjukvården planeras som större regionala helheter än i dag.

Den privata sektorn, företagshälsovården och olika organisationer producerar ett stort utbud tjänster i synnerhet för invånare i och kring landets tillväxtcentra. Dessa tjänster kompletterar det kommunala servicesystemet men är till vissa delar överlappande. Genom en klarare arbetsfördelning främjas en sund konkurrens mellan den offentliga och den privata sektorn.

Förutsättningarna för konkurrens och för kommuners och samkommuners möjligheter att köpa tjänster av den privata sektorn förbättras. Nationella direktiv krävs för att tjänsterna skall kunna produktifieras, kostnadsberäknas och prisjämföras på ett enhetligt sätt.

Informationshanteringen utvecklas så att den främjar informationsspridning mellan olika aktörer, ett friktionsfritt samarbete inom servicekedjorna och uppföljning av kvaliteten. Med hjälp av ett nationellt informationssystem som stödjer styrningen av hälso- och sjukvården säkerställs att alla medborgare har jämlik tillgång till ändamålsenliga och kostnadseffektiva tjänster.

Till följd av variationer i de lokala förhållandena kan tjänsterna inte organiseras på samma sätt överallt i landet. Trots detta måste hela landets befolkning få tillgång till likvärdiga tjänster. Därför stärks den statliga styrningen. Staten måste uppmuntra kommunerna att förbättra tillgången på tjänster, deras trygghet, kostnadseffektivitet och ändamålsenlighet samt att genomföra strukturförändringar som främjar dessa mål.

### **3.3.1 Närservice**

Hälso- och sjukvårdens närservice ges nära kommuninvånarna. Närservicen omfattar förebyggande hälsovård, anordnande av vård av akut sjuka, mottagningstjänster för öppenvården, huvuddelen av vården av kroniska sjukdomar, en del av rehabiliteringen, tandvården, äldre vården, mentalvårdens öppenvårdstjänster samt företagshälsovården.

Beroende på kommunens storlek ordnas närservicen kommunvis eller i ett regionalt samarbete. Regionalt samarbete är särskilt viktigt i kommuner som måste anpassa serviceutbudet till en minskande befolkning och skattebas. Genom samarbete kan kommunerna hitta lösningar som överskrider kommungränserna. Dessa lösningar kan även omfatta serviceproducenter från den privata eller tredje sektorn.

Förutsättningarna för en välfungerande primärvård är principen om befolkningsansvar, hälsovårdscentraler som har kompetens för högklassig diagnostik och vård samt en i

båda riktningarna fungerande vårdkedja som även inkluderar socialvårdens tjänster och där primärvården samordnar och upprätthåller den i samråd med patienten uppgjorda vårdplanen och följer upp genomförandet. Samarbetet mellan primärvården och den specialiserade sjukvården utvecklas bl.a. med hjälp av regionala vårdprogram.

En funktionell helhet som betjänar ett befolkningsunderlag på cirka 20 000–30 000 invånare och skapar verksamhetsförutsättningar för cirka 12–18 läkare är ofta även i administrativt avseende den minsta ändamålsenliga storleken för en producent av närservice inom hälso- och sjukvården. I områden med litet utbud av ersättande privata tjänster eller där primärvårdens läkare har ett vittomfamnat arbete, behövs en hälsocentral-läkare per 1500–1800 invånare. Nätverket av enheter bör ha en sådan geografisk spridning att avstånden inte utgör något hinder för utnyttjandet av hälso- och sjukvårdstjänsterna.

Det är med tanke på såväl den individuella vården som kostnadseffektiviteten motiverat att undersökningar och vård i så stor utsträckning som möjligt genomförs på hälsovårdscentralen. I primärvården behövs specialkompetens i det förebyggande arbetet och i vården av vissa vanliga patientgrupper. Det förebyggande arbetet skall vara systematiskt och heltäckande. Uppmärksamhet bör fästas i synnerhet vid rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård och skolhälsovården. Medlemmarna i ett multiprofessionellt team bör arbeta vid samma enhet så att de dagligen har möjlighet att samarbeta.

Äldrevården är ett för hälso- och sjukvården och socialväsendet gemensamt område som bör hanteras så att gränserna mellan förvaltningsområdena inte medför överlappningar eller glapp. Gränserna för hälso- och sjukvården och socialväsendet förhindrar för närvarande att målen nås och ansvaret för totalkostnaderna splittras därför i de kommuner där funktionerna arrangerats var för sig. För att säkra en ur klientens synpunkt helgjuten och fungerande servicehelhet måste social- och hälsovården utveckla gemensamma verktyg som garanterar att vårdkedjan inte bryts när klienten övergår från ett servicesystem till ett annat.

Det finns rikligt med positiva erfarenheter av att förena hemsjukvårdens och hemtjänstens decentraliserade verksamhet. Samarbete och/eller funktionell sammanslagning av hemtjänsten, hemsjukvården och institutionsvården främjas. Anstaltsvård som ges dygnet runt vid åldringshem och hälsovårdscentralens bäddavdelningar samt tjänster som ges dygnet runt för demenspatienter kan produceras i regionalt samarbete.

Utmaningar i anslutning till mentalvårdstjänster, missbrukartjänster och psykosociala tjänster för familjer finns bland annat i förebyggandet och behandlingen av psykiska problem hos äldre, barn, unga och familjer samt i narkotika- och rusmedelsvården och anordnandet av första hjälp i anslutning till dessa. Problemet med det nuvarande servicesystemet är att det är alltför splittrat och att verksamhetsenheterna är alltför små. Tjänsterna är uppdelade mellan dagvården, rådgivningsbyrån för barnavård, skolornas elevvård, rådgivningsbyrån för uppfostrings- och familjefrågor, mentalvårdsfunktionerna samt A-kliniken. Denna splittring åtgärdas, verksamhetsenheternas förstoras och produktionen av tjänster görs mer kundorienterad.

Den nya lagen om företagshälsovård betonar de krav som ställs på vårdpersonalens kompetens samt på verksamhetens innehåll och kvalitet. Ett kommunalt företagshälsovårdssystem som utgörs av små, självständiga verksamhetsenheter ger inget strukturellt stöd för dessa strävanden. Överlappningarna inom företagshälsovården och primärvården elimineras.

Kretssjukhusen och de omgivande kommunernas primärvårdsenheter bildar en naturlig bas för de funktionella helheter som får benämningen hälso- och sjukvårdsområde. Helheten omfattar förutom närservice sådana grundläggande tjänster inom den specialiserade sjukvården som kostnadseffektivt och under högklassiga former kan produceras under iakttagande av närhetsprincipen. En annan möjlig samarbetsform är hälso- och sjukvårdsdistriktet, med vilket avses en helhet som utgörs av sjukvårdsdistriktet och den i dess område producerade närservicen.

Lagstiftningen ställer inga hinder för regionalt samarbete mellan kommunerna. Kommunallagen tillåter att de lagstadgade uppgifter sköts av kommunen själv eller i samverkan med andra kommuner. Samkommunen och regionavtal är härvid naturliga samarbetsformer.

## Rekommendation 6

*Hälso- och sjukvårdens närservice anordnas som regionala funktionella helheter. Nätverket av enheter bör ha en sådan geografisk spridning att avstånden inte utgör något hinder för utnyttjande av tjänsterna.*

*Tjänsterna produceras med utgångspunkt i klienternas behov och i samarbete med socialväsendet enligt principen om befolkningsansvar. Sådana av social- och hälsovården tillhandahållna tjänster som förutsätter ett brett befolkningsunderlag produceras i regionalt samarbete. Äldrevården skall grunda sig på kommunens äldrepolitiska strategi.*

*Mentalvårdens öppenvårdstjänster, psykosociala tjänster och missbrukarvård samt till dessa anknyttande jourverksamhet ordnas som en regional, funktionell helhet i samarbete med den privata och tredje sektorn.*

*Främjandet av hälsan och förebyggandet av sjukdomar utgör väsentliga inslag i när servicen. För att trygga dessa verksamheter utvecklar kommunerna ledningen av det hälsofrämjande arbetet och tväradministrativa samsamarbetsstrukturer.*

*Kommunerna ombildar den kommunala företagshälsovården till större regionala helheter vars verksamhet utvecklas i enlighet med de krav som lagstiftningen ställer.*

### 3.3.2 Specialiserad sjukvård

Målet med reformarbetet är att skapa ett system som producerar högklassiga och kostnadseffektiva tjänster inom den specialiserade sjukvården. För att detta mål skall nås krävs en mer långtgående arbetsfördelning, avveckling av överlappande funktioner, koncentration av service och undersökningar som kräver specialkompetens samt effektiv allokering och användning av investeringar.

Det ökande antalet specialområden och jourverksamhetens behov förutsätter att den specialiserade sjukvårdens organisationer får ett större befolkningsunderlag och bedriver ett tätare samarbete. Samarbetet och arbetsfördelningen bör grunda sig på en gemensamt överenskommen verksamhetsstrategi. Inom specialansvarsområden sköts arbetsfördelningen på så sätt att ett annat centralsjukhus än ett universitetssjukhus eller en från detta avskild verksamhetsenhet kan producera tjänster för hela specialansvarsområdet.



Gällande tjänster inom den högspecialiserade sjukvården vilka koncentrerats till riksnivå utfärdas bestämmelser genom förordning.

Målet är att de nuvarande små centralsjukhusen inriktar sig på grundläggande specialiserade sjukvård, medan de större centralsjukhusen utöver den grundläggande specialiserade sjukvården även producerar särskilt avtalade krävande specialsjukvårdstjänster. Universitetssjukhusen ansvarar för uppgifter som hör till centralsjukhusen och inom sina specialansvarsområden för särskilt avtalade krävande högspecialiserade uppgifter. Den av kretssjukhusen producerade specialiserade sjukvård som inte integreras i det regionalt baserade hälso- och sjukvårdsområdet knyts i stället till ett centralsjukhus. Om specialiserad sjukvård produceras vid flera enheter på en och samma ort elimineras funktionella och administrativa överlappningar genom överföring av krävande specialiserad sjukvård till en och samma förvaltning.

I syfte att utveckla samarbetet och arbetsfördelningen skall sjukvårdsdistrikten inom ett specialansvarsområde tillsammans utarbeta en plan för krävande vård som kan planeras på förhand, åtgärdsgrupper som berör ett litet antal patienter, sjukvårdstjänster och stöd-tjänster. I planerna beaktas tjänster producerade av den privata och tredje sektorn och utreds även samarbetet mellan sjukvårdsdistrikt som hör till olika specialansvarsområden. Områdets kommuner deltar i utarbetandet av planerna.

Planerna för samarbetet och arbetsfördelningen presenteras för social- och hälsovårdsministeriet senast 31.5.2003. De nödvändiga utvecklingsåtgärderna genomförs antingen genom sammanslagning av sjukvårdsdistrikt eller genom ett utökat funktionellt samarbete och förbättrad arbetsfördelning mellan sjukvårdsdistrikten. Om planerna inte leder till lösningar som är ändamålsenliga med tanke på verksamheten, genomför staten ensidigt de nödvändiga förändringarna.

Den kommunala affärsverksmodellen lämpar sig synnerligen väl för organisationen av laboratorie- och utbildningstjänster, läkemedelsförsörjning och företagshälsovård i samarbete mellan kommuner. Kommunala aktiebolag kan utnyttjas i situationer där man söker ett vidare partnerskap än samkommunen kan erbjuda, antingen inom den offentliga sektorn eller med den privata sektorn. Såväl affärsverks- som bolagsmodellen förutsätter att tjänsterna är produktifierade i tillräcklig grad och att kostnadsberäkningen och prissättningen uppfyller de krav affärsverksamheten och konkurrensbestämmelserna ställer.

Centraliserad läkemedelsanskaffning möjliggör avsevärda inbesparingar. Den offentliga hälso- och sjukvårdens enhetliga bassortiment av läkemedel skall utnyttjas för att styra medicineringen även inom den öppna hälso- och sjukvården.

Utvecklingen av krävande högspecialiserade tjänster förutsätter ett fast forsknings- och utvecklingssamarbete med universiteten. Till följd av sina i dag omfattande uppgifter har universitetssjukhusen inte till alla delar de bästa möjligheterna att bedriva ett sådant samarbete. För högspecialiserade uppgifter bildas separata kompetenscentra där samarbetet mellan sjukhus och universitet kan intensifieras och utnyttjas så effektivt som möjligt.

### Rekommendation 7

*Den krävande specialiserade sjukvården planeras specialansvarsområdesvis som helheter. Sjukvårdsdistrikten inom ett specialansvarsområde utarbetar tillsammans en plan för krävande vård som kan planeras på förhand, åtgärdsgrupper som berör ett litet antal patienter, sjukvårdstjänster och stödtjänster. Planen presenteras för social- och hälsovårdsministeriet senast 31.5.2003. Den av kretssjukhusen producerade specialiserade sjukvård som inte integreras med det regionalt baserade hälso- och sjukvårdsområdet knyts i stället till ett centralsjukhus. Laboratorie- och utbildningstjänster samt läkemedelsförsörjningen ordnas i form av ett samarbete som täcker ett eller flera sjukvårdsdistrikt. I samarbetet deltar såväl primärvården som den specialiserade sjukvården.*

*De nödvändiga utvecklingsåtgärderna genomförs antingen genom sammanslagning av sjukvårdsdistrikt eller genom ett utökat funktionellt samarbete och förbättrad arbetsfördelning mellan sjukvårdsdistrikten. Utvecklingen av det funktionella samarbetet mellan sjukvårdsdistrikten och administrativa sammanslagningar stöds genom särskild projektfinansiering*

### 3.3.3 Informationssystem

En fungerande informationsförvaltning utgör grunden för produktion och dokumentering av hälso- och sjukvårdstjänsterna, för ledning och uppföljning av tjänsterna, för utveckling av serviceprocesserna samt för utvärdering av hälsopolitiken och dess delområden. Samarbetet mellan områden och regioner förutsätter kompatibla baslösningar på riksnivå.

En stor del av patientuppgifterna finns redan i elektronisk form. Trots detta läggs fortfarande onödigt mycket arbetstid på informationssökning, kopiering, skrivande av befintlig text på nytt, sändning och lagring på nytt. När en patient flyttar från en vårdplats till en annan läggs resurser i onödan på att överföra information. Om informationen inte finns tillgänglig, upprepas redan tidigare gjorda undersökningar, varvid vården fördröjs och ibland även misstag inträffar.

Grundförutsättningen för en snabb informationsöverföring och fungerande informationsförvaltning är att informationssystemen är kompatibla. För att trygga detta definierar social- och hälsovårdsministeriet, Stakes, Finlands Kommunförbund och övriga ak-

törer i samarbete ett kodningssätt för de viktigaste uppgifterna i sjukjournalerna, administrativa tjänster som garanterar kompatibiliteten mellan hälso- och sjukvårdens system samt öppna gränssnitt för ett smidigt informationsutbyte mellan systemen.

De nationella tjänsterna och gränssnitten för hälso- och sjukvårdens system görs genom social- och hälsovårdsministeriets förordning förpliktande för alla aktörer inom hälso- och sjukvården. För genomförandet av centrala funktioner produceras mallprogram. De på riksnivå godkända gränssnitten och mallprogrammen offentliggörs, varefter leverantörerna av informationssystem kan implementera service- och systemgränssnitten i de egna produkterna.

Regionala informationssystem skapas av de patientuppgifter som ingår i hälso- och sjukvårdens bassystem. Patientuppgifter förvaras säkert och kan användas korrekt i ett enhetligt format på riksnivå. Genom att till det regionala informationssystemets patient-, undersöknings- och vårddata även ansluta enhetligt kodade kostnadsuppgifter skapas förutsättningar för att producera riksomfattande jämförande data över vårdmetodernas kostnader och effekt. Denna data stödjer också styrningen av systemet.

Överlåtelse och användning av kund- och patientdata över organisationsgränserna skall grunda sig på bestämmelserna om överlåtelse av uppgifter och på den nationella datasäkerhetspolitiken. Datasäkerhetspolitiken och principerna för överlåtelse av data definieras av social- och hälsovårdsministeriet, dataombudsmannens byrå, Stakes och Finlands Kommunförbund i samarbete. Författningsberedningen inleds år 2003 på social- och hälsovårdsministeriets initiativ tillsammans med behövliga samarbetspartners.

Serviceproducenterna inom social- och hälsovården är de instanser som anskaffar och använder informationssystemen. Systemen produceras och underhålls av företag. Kriterierna för samarbete och dataskydd uppställs som minimikrav för nya informationssystem. Nuvarande informationssystem skall uppfylla minimikraven efter en övergångstid på 5 år.

## Rekommendation 8

*Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes, Finlands Kommunförbund och övriga aktörer definierar gemensamma administrativa tjänster som garanterar kompatibiliteten mellan hälso- och sjukvårdens system samt öppna gränssnitt för ett smidigt informationsutbyte mellan de regionala informationssystemen och basystemen. För definitionsarbetet och utarbetandet av mallprogram reserveras ett anslag på 0,8 miljoner euro år 2003.*

*De nationella tjänsterna och gränssnitten för hälso- och sjukvårdens system görs genom social- och hälsovårdsministeriets förordning förpliktande för alla aktörer inom hälso- och sjukvården före ingången av år 2007.*

*Datasäkerhetspolitiken och principerna för överlåtelse av data definieras av social- och hälsovårdsministeriet, dataombudsmannens byrå, Stakes och Finlands Kommunförbund i samarbete. Författningsberedningen inleds år 2003 på social- och hälsovårdsministeriets initiativ tillsammans med behövliga samarbetspartners.*

*Universitetssjukvårdsdistrikten koordinerar utvecklingen av den regionala informationsförvaltningen inom specialansvarsområdena. För utvecklingen av de fem specialansvarsområdena reserveras ur anslagen för utveckling av servicesystemet (se rekommendation 9) sammanlagt 30 miljoner euro under åren 2004-2007.*

*För moderniseringen av hälso- och sjukvårdens nationella system för statistik och informationstjänst (Stakes) anslås sammanlagt 1,6 miljoner euro åren 2004 och 2005.*

### 3.3.4 Kommunalanställda läkares arbete i den privata sektorn

Om läkare som arbetar inom den kommunala sektorn samtidigt verkar i den privata sektorn utanför arbetstid, kan det uppstå jävproblem. Finlands Läkarförbund, Hälsovårdens Tjänsteorganisationer TEPA rf samt sjukvårdsdistriktens ledning har utarbetat rekommendationer för förebyggande av dessa problem. Hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter skall övervaka att dessa rekommendationer följs.

De centrala principerna i rekommendationer är följande:

- Angående verksamhet utanför anställningsförhållandet skall läkaren följa tjänstestadgans bestämmelser gällande tillstånd för bisyssla och anmälan om bisyssla.
- En läkare som deltar i beslutsfattande gällande eller beredning av köptjänster får inte vara medlem i styrelse, förvaltningsråd eller med dessa jämförbara organ eller verkställande direktör i ett företag som bedriver köptjänstverksamhet vid sjukhuset eller hälsovårdscentralen.
- En läkare som arbetar i offentlig tjänst får inte styra patienter till sin privata mottagning på så sätt att denna verksamhet står i konflikt med hans tjänsteåligganden.
- Intagning av en patient på sjukhuset eller polikliniken skall ordnas enligt samma, på vårdbehovet grundade principer. En läkare får inte delta i beslutsfattande gällande intagning för vård av patienter för vilka han själv skrivit ut remiss, såvida det inte finns tvingande skäl för detta.

### 3.3.5 Genomförandet av strukturförändringarna

Reformerna av servicesystemet planeras lokalt och regionalt i samarbete mellan aktörerna i kommunerna och hälso- och sjukvården. Genomförandet av reformerna förutsätter riksomfattande samordning och direktiv samt separat finansiering som stödjer förändringarna.

Anordnandet av närservice planeras regionvis inom sjukvårdsdistriktets område. Arbetet koordineras av ledningsgrupper i vilka ingår representanter för sjukvårdsdistrikten, kommunerna, primärvården, den specialiserade sjukvården och socialväsendet. Specialansvarsområdenas arbete koordineras av de sjukvårdsdistrikt som är kopplade till ett universitetssjukhus. Till medlemmar i ledningsgruppen utnämns representanter från alla ingående sjukvårdsdistrikt samt en representant för länsstyrelsen. Planernas godkänns av social- och hälsovårdsministeriet.

I det första skedet av programarbetet utarbetas en plan för organisation av den regionala när servicen. I det andra skedet likriktas de på sjukvårdsdistriktsnivå gjorda planerna på specialansvarsområdesnivå. Om den specialiserade sjukvårdens interna samarbete inom specialansvarsområdet avtalas på sätt som anges i punkt 3.3.2. I arbetet beaktas utvecklingsförslagen i Hälsa för alla 2000-programmets åtgärdsprogram samt målen och riktlinjerna i programmet Hälsa 2015.

De genomförandeprogram som uppstår via det regionala programarbetet och som kräver särskild projektf finansiering förs till social- och hälsovårdsministeriet för behandling och godkännande. Programarbetets första projektförslag presenteras före försommaren år

2003. Projektfinansieringen förlängs årsvis på så sätt att reformerna slutförts år 2007. Projektfinansieringen antecknas på de under beredning varande momenten för utveckling av social- och hälsovårdens funktioner.

Reformerna och deras innehållsmässiga mål stöds genom sammanförande av bestämmelser som i dag är inskrivna i ett flertal separata lagar. Målet med författningsarbetet är att främja samarbetet och arbetsfördelningen mellan aktörerna och härigenom förbättra tjänsternas tillgänglighet, ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet.

### **Rekommendation 9**

*Servicesystemet utvecklas genom ett stegvis framskridande programarbete för vilket anvisas särskild projektfinansiering i statsbudgeten. Projektfinansieringen fortsätter tills reformens huvudmål uppnåtts år 2007. Projektfinansieringen anvisas 8 miljoner euro år 2003 och 30 miljoner euro/år under åren 2004-2007.*

*Social- och hälsovårdsministeriet bereder och fastställer tillsammans med Finlands Kommunförbund de hälsopolitiska mål som skall styra programarbetet, de kriterier som ansluter till tjänsternas tillgänglighet och kvalitet och uppföljningsmetoderna för tjänsterna samt koordinerar utvecklingsarbetet.*

*Social- och hälsovårdsministeriet igångsätter en författningsreform genom vilken folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård sammanslås till en hälso- och sjukvårdslag.*

## **3.4 UTVECKLING AV PERSONALEN**

Hälso- och sjukvården lyckas i sin uppgift om personalen är kunnig, motiverad och engagerad i arbetet och om lönesättningen är rättvis. Målen nås bäst genom utveckling av personalens utbildning, förbättrade arbetsförhållanden och dimensionering av personalstyrkan utgående från behovet och stödjande av en flexibel arbetsfördelning i olika personalgrupper. Utvecklingsarbetet skall stödja den till ett lokalt samarbete syftande reformeringen av hälso- och sjukvården och utvecklingen av förfaranden som utgår från klienternas föränderliga behov.

Tillgången på personal inom den offentliga sektorn skall tryggas. Detta mål nås genom att dimensionera antalet studieplatser så väl som möjligt och genom att utveckla förhållandena på arbetsplatsen och höja hälsovårdssektorns status. Arbetsförhållandena utvecklas genom förbättrat ledarskap, en i högre grad sporrande lönepolitik och genom att främja samarbetet och arbetsfördelningen mellan olika personalgrupper.

Det bör även inom primärvården finnas möjlighet att vid sidan om patientarbete bedriva forskning och utveckling. Kontinuerlig utbildning och fungerande kvalitetssystem förbättrar även arbetsförhållandena och höjer intresset för sektorn.

Utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonalen skall stödja servicesystemets verksamhet och mål. I planeringen av utbildningen beaktas såväl de nationella som regionala behoven, vilket förutsätter kvantitativ och kvalitativ planering samt ett nära samarbete mellan universitet, yrkeshögskolor, yrkesläroinrättningar och aktörerna inom hälso- och sjukvården.

### **3.4.1 Fungerande arbetsgemenskap och gott ledarskap**

Utvecklingen av ledarskapet är ett av de viktigaste medlen för uppnående av de strategiska målsättningarna. Hälso- och sjukvården är arbetskraftsintensiv och grundar sig på kunskande. Ett gott ledarskap höjer personalens och arbetsgemenskapens välfärd.

Ledarskapsutbildningen inom hälso- och sjukvården är splittrad, smal och oplanerad. Ofta utses personer utan tillräcklig erfarenhet av och utbildning i ledarskap till ledande uppgifter. Ledande läkare använder ofta en alltför stor del av sin arbetsinsats på kliniskt arbete, varvid ledningen av människorna och utvecklingen av verksamheten blir lidande. Läkarbristen vid hälsovårdscentralerna försvårar ledningen och utvecklingen av primärvården.

För att förbättra ledarskapet på mellannivå (resultatområdets och ansvarsområdets ledande läkare och överskötare) och närledningen (avdelningsläkare, specialläkare, avdelningsskötare) krävs multiprofessionell utbildning som är oberoende av grundutbildningen och som kan avläggas vid sidan om arbetet. Det bör förutsättas att personer som söker till ledande uppgifter på när- och mellannivå har adekvat utbildning.

Utbildningens längd bör vara 40 studieveckor för personer som avlagt specialläkarexamen eller magisterexamen i hälsovetenskaperna och 60 studieveckor för personer som avlagt yrkeshögskoleexamen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Av utbildningen kan 20 studieveckor avläggas som en del av läkarens specialiseringsstudier eller magisterutbildningen i hälsovetenskaper. Studierna skall omfatta minst 20 studieveckor i multiprofessionella grupper inom hälso- och sjukvården. Utbildningen skall grunda sig på nationella läroplaner och till stöd för genomförandet behövs ett riksomfattande samarbetsnätverk.

Arbetsgemenskaperna inom hälso- och sjukvården skall utvecklas genom gemensam utbildning av hela arbetsgemenskapen, varvid ledningen och personalen för en dialog dels sinsemellan, dels med kunderna och beslutsfattarna inom hälso- och sjukvården. Föremål för utvecklingsarbetet är bl.a. ledningsmodellerna, samarbetet och arbetsfördelningen mellan olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården samt reformeringen av arbetets innehåll och arbetsmetoderna. Utvecklingsarbetet genomförs bäst med stöd av anslag riktade till det av arbetsministeriet koordinerade programmet för utveckling av arbetslivet.

Ett väsentligt inslag i dessa utvecklingsprocesser är uppbyggandet av ett funktionellt samarbete mellan socialväsendet och övriga instanser som bär ansvar för tryggheten av välfärden. Det förutsätter kompetens att arbeta i och leda nätverk och multiprofessionella team. För att utvecklingsprocesserna skall bli framgångsrika krävs tillräckligt mycket tid och engagemang.

### **Rekommendation 10**

*Social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet och Finlands Kommunförbund planerar och genomför i samråd med universiteten en ledarutbildning som ger deltagarna kompetens för ledande uppgifter på när- och mellannivå i multiprofessionella team. Intresserade kan söka in till utbildningen oberoende av tidigare utbildning. Denna utbildning förutsätts av alla som söker till ledande uppgifter på när- och mellannivå.*

*För utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbetsgemenskaper startas ett nationellt program som finansieras med anslag som åren 2004-2006 inkluderas i programmet för utveckling av arbetslivet (2 miljoner euro/år).*

### **3.4.2 Ändamålsenlig arbetsfördelning**

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården leder till att skrankorna mellan olika yrkesgrupper sänks och att arbetsfördelningen blir mer flexibel. Arbetsfördelningen bör omvärderas bl.a. i primärvårdens öppenvård, munhälsovården och mentalvårdsarbetet. Arbetsfördelningen mellan sjukskötare, närvårdare, socialarbetare, socionomer och socialhändledare bör utvecklas vad gäller bl.a. hemtjänster, mentalvårdstjänster och boendeservice.

Förebyggandet och uppföljningen av kroniska sjukdomar liksom även uppgifter i anslutning till undersökning av akuta infektionssjukdomar har överförts från läkarna till sjukskötarna och hälsovårdarna. Detta har gett positiva erfarenheter bl.a. vad gäller vården av diabetes, astma och reumatism.

Arbetslagens arbetsfördelning skall justeras systematiskt samtidigt som man formaliserar sådan praxis som gett positiva erfarenheter. Uppgiftsbeskrivningarna kan breddas endast om sjukskötarna och hälsovårdarna utöver nödvändig kompletterande utbildning har tillräcklig arbetserfarenhet, möjlighet att konsultera läkare, gemensamt utarbetade instruktioner och en lön som motsvarar uppgiftsbeskrivningen.

Ändringar i arbetsfördelningen förutsätter att hälsovårdarna och sjukskötarna får kompletterande utbildning. I planeringen av utbildningen skall de anställdas tidigare arbetshistoria beaktas. Den kompletterande utbildningen skall innehålla en tillräcklig andel



teoretiska studier, praktisk övning i nödvändiga färdigheter samt kontroll av de inhämtade färdigheterna. Ansvar för planeringen av den kompletterande utbildningen ges till universitetens allmänmedicinska och hälsovetenskapliga institutioner, vilka sköter uppgiften i samarbete med yrkeshögskolornas enheter för social- och hälsovård.

Hälsocentralläkarna lägger i dag ner arbete på vissa uppgifter som kan slopas eller som på ett naturligt sätt kan överföras till andra yrkesgrupper. Utskrivandet av intyg sysselsätter läkarna i orimlig grad. En del av intygen bör slopas helt och en del överföras på andra yrkesgruppers ansvar. Samtidigt bör man påskynda övergången till intyg i elektronisk form, förenkla intygens struktur och utreda hur intygen kan överföras elektroniskt.

### **Rekommendation 11**

*Social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet skrider till åtgärder för att justera arbetsfördelningen mellan läkarna, sjukskötarna och hälsovårdarna samt dessa yrkesgruppers befogenheter.*

*Justeringarna tas i beaktande i utvecklingen av utbildningen. Dessutom utreds behovet av att reformera arbetsfördelningen även inom andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.*

*Social- och hälsovårdsministeriet bedömer tillsammans med övriga aktörer nödvändigheten av olika typer av läkarintyg. Författningar och verksamhetspraxis ändras till de delar läkarintyg inte behövs. Utskrivandet av intyg för korta sjukledigheter (3-7 dagar) överförs på sätt som avtalas med arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna till yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården eller till arbetstagaren själv.*

### **3.4.3 Rätt dimensionerad utbildning**

Den snabbt förvärrade läkarbristen hämmar såväl primärvården som den specialiserade sjukvården. Orsaker till läkarbristen är bl.a. att det på 1990-talet gjordes inskränkningar inom utbildningen, att många går i förtids- och deltidspension, att många söker sig till uppgifter utanför det traditionella läkaryrket (forskning och industrin), att allt fler i läkarkåren är kvinnor, att läkare övergår till heltidsarbete inom den privata sektorn och att antalet läkartjänster ökat snabbt inom den kommunala hälso- och sjukvården (år 1990 arbetade 3200 respektive 5400 läkare inom den kommunala primärvården och den specialiserade sjukvården; motsvarande siffror år 2000 var 3700 och 7000). För att råda bot på arbetskraftsbristen behövs såväl en rätt dimensionerad utbildning som utveckling av förhållandena på arbetsplatsen.

Utbildningen av specialläkare har nyligen reformerats. De första erfarenheterna av reformen antyder att de nya bestämmelserna förorsakar avsevärda funktionella problem inom vissa områden (bl.a. barnsjukdomar, invärtes sjukdomar och kirurgi). Reformens effekter utvärderas och bestämmelserna gällande utbildningen justeras till nödvändiga delar.

Enligt kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov kommer behovet av tandskötare/tandhygienister att öka till följd av att den ersättningsbara tandvården utvidgas. Enligt betänkandet från arbetsgruppen för utveckling av munhälsovården kan en del av tandläkarnas nuvarande uppgifter överföras till de tandskötare/tandhygienister som redan har nödvändig utbildning. Utvecklingsbehovet inom tandläkarutbildningen bedöms före utgången av år 2003, varvid uppgiftsöverföringarna och de regionala behoven beaktas.

Under 1990-talet utexaminerades fler sjukskötare och närvårdare än det fanns behov av i den offentliga hälso- och sjukvården. Många sjukskötare arbetar utanför hälso- och sjukvården eller utomlands. När skötarna i de stora åldersklasserna når pensionsåldern hotas sektorn dock av arbetskraftsbrist. Bristen blir särskilt påtaglig i äldreomsorgen samt i den psykiatriska öppen- och sjukhusvården. Det behövs fler hälsovårdare inom den till barn, vuxna och äldre riktade förebyggande hälsovården.

Det har från hälso- och sjukvårdens verksamhetsenheter kommit många signaler om att innehållet i yrkeshögskolornas hälso- och sjukvårdsutbildning samt färdigheterna hos de utexaminerade i många fall inte motsvarar de praktiska behoven i arbetslivet. Denna kritik stöds av ett flertal undersökningar som gjorts under senare år.

Undervisningsministeriet bedömer behovet av att reformera yrkeshögskolornas läroplaner och samordnar läroplanerna så att andelen vårdvetenskap kan avskiljas som studieveckor. Andelen medicinska ämnen och andelen närundervisning som kräver den studerandes närvaro höjs betydligt. Kunskandet i kliniska färdigheter säkerställs genom väl handledd praktik. Utvecklingen av läroplanerna genomförs i samarbete mellan undervisningsministeriet, representanter för arbetslivet, yrkeshögskolorna samt universitetens hälsovetenskapliga institutioner. Den handledda praktiken i arbetslivet utvecklas i samarbete mellan representanter för arbetslivet och yrkeshögskolorna.

Yrkeshögskoleexamina inom social- och hälsovårdssektorn är planerade så att de ger en grund för specialiseringsstudier, påbyggnadsexamina och universitetsstudier. Möjligheterna till specialiseringsstudier och avläggande av påbyggnadsexamina utökas i enlighet med behoven inom primärvården och den specialiserade sjukvården.

Cirka 2 500 överskötare och avdelningsskötare avgår med ålderspension åren 2001-2010. Situationen kommer att bli särskilt svår i huvudstadsregionen, där magisterutbildningen i vårdvetenskap lades ned i början av 1990-talet. Yrkeshögskolorna ger inte den behörighet eller de färdigheter en avdelningsskötares uppgifter kräver. Utbildningen av avdelningsskötare organiseras utan dröjsmål antingen som en del av magisterutbildningen i hälsovetenskaperna eller genom påbyggnadsexamen som avläggs efter yrkeshögskoleexamen inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Utbildningen av närvårdare blev år 1999 treårig samtidigt som utbildningen ändrades för att motsvara förändringarna och utvecklingsbehoven inom hälso- och sjukvården. Behovet av närvårdare beräknas öka i synnerhet inom anstaltsvården av äldre. Behovets omfattning påverkas av arbetsfördelningen mellan närvårdare och tandhygienister, mentalvårdsarbetare och sjukskötare.

### **Rekommendation 12**

*De medicinska fakulteterna ökar intagningen av mediciner studerande från nuvarande 550 studerande till 600 studerande år 2002. Utbildningen av andra yrkesgrupper inom social- och hälsovården utökas i enlighet med de riktlinjer som presenterats av Kommissionen för beräkning av social- och hälsovårdens arbetskraftsbehov, varvid även den nationella och de regionala utbildningsdelegationernas (rekommendation 14) uppskattningar av utbildningsbehovet beaktas.*

*Undervisningsministeriet utvärderar effekterna av den nyligen genomförda reformen av specialläkarutbildningen och justerar till nödvändiga delar författningarna gällande specialläkarutbildningen.*

*Undervisningsministeriet utvärderar behovet av och medlen för styrning av yrkeshögskolornas undervisning inom social- och hälsovårdssektorn. Yrkeshögskolorna fortsätter anpassningen av studierna i hälso- och sjukvård tillsammans med arbetslivet, så att utbildningens innehåll och de utexaminerades färdigheter motsvarar kraven i arbetslivet. För att säkerställa det kliniska kunnande utökas specialiseringsstudierna.*

*Utbildningen av avdelningsskötare organiseras antingen som en del av magisterutbildningen i hälsovetenskaperna eller genom specialiseringsstudier i samband med yrkeshögskoleexamen. Magisterutbildningen i hälsovetenskaperna utökas från nuvarande cirka 230 studerande till 280-330 studerande per år. Utbildning i huvudstadsregionen inleds år 2003.*

#### **3.4.4 Övriga åtgärder för att lindra de problem läkarbristen medför**

År 2001 fanns det i primärvården ett underskott på mer än 300 läkare och i den specialiserade sjukvården ett underskott på cirka 600 specialläkare. Arbetskraftssituationen varierar beroende på region och specialområde. Problemområden är bl.a. psykiatri, ögon-

sjukdomar, radiologi, anesthesiologi och vissa specialområden inom kirurgin. Svårast är situationen för tillfället i primärvården. I östra och norra Finland finns ett flertal hälsovårdscentraler som helt saknar läkare eller där verksamheten bygger på vikarier och omsättningen är hög. Det finns obesatta läkartjänster också vid hälsovårdscentraler i tillväxtcentra. Bristen på specialläkare är särskilt stor vid centralsjukhusen.

Läkarbristen kan på medellång sikt korrigeras genom utökad utbildning, förbättrade arbetsförhållande och utökade möjligheter att kontrollera det egna arbetet. Utöver detta krävs omedelbara åtgärder som inom alla regioner och specialområden tryggar de minimitjänster som primärvården och den specialiserade sjukvården bör erbjuda.

Undervisningsministeriet justerar de förordningar som gäller tilläggsutbildningen och specialiseringsutbildningen av läkare i primärvården så att den till utbildningen hörande och efter avläggande av grundexamen ålagda tjänstgöringen vid hälsovårdscentral förlängs från sex månader till nio månader. I förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården (1435/93) justeras 4 § så att läkaren skall tjänstgöra i läkaruppgifter vid en hälsovårdscentral i minst sex månader. I förordningen om specialläkarexamen (678/98) justeras 6 § så att minst ett halvt år av utbildningstiden skall fullgöras i läkaruppgifter vid en hälsovårdscentral. Av denna tid kan högst tre månader ersättas med i förordning 1435/93 avsedd läkartjänst vid hälsovårdscentral. Ändringarna förlänger inte tiden för avläggande av specialläkarexamen. Ändringarna uppskattas ge hälsovårdscentralerna 70-100 nya läkare.

Till förordningen om specialläkarexamen fogas en punkt där det konstateras att minst hälften av utbildningstiden, inklusive tjänstgöringen vid hälsovårdscentral, skall fullgöras vid annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård än ett universitetssjukhus. Undervisningsministeriet kan efter att ha hört social- och hälso- och sjukvårdsministeriet besluta om de utbildningsprogram i vilka det är ändamålsenligt att avvika från nämnda tid.

De föreslagna ändringarna är ändamålsenliga även vad gäller målen med läkarnas specialiseringsutbildning. Att sätta sig in i allmänläkarens arbete och verksamheten på en hälsovårdscentral utgör en viktig del av specialläkarutbildningen och främjar ett smidigt samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Om läkaren under specialiseringstiden arbetar även vid annat centralsjukhus än ett universitetssjukhus förbättras specialläkarens färdigheter och utbildningen blir mångsidigare.

Staten lämnar på kalkylmässiga grunder ersättning för kostnader förorsakade av hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå till kommuner och samkommuner som upprätthåller verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård. Med stöd av detta anslag anställs årligen 200-400 läkare för forskningsarbete. Till följd av den svåra läkarbristen överförs under tre år 8 miljoner euro av den statliga ersättning som använts för forskning till den statliga ersättning som är avsedd för täckande av kostnader för läkar- och tandläkarutbildning. Denna ändring uppskattas ge servicesystemet cirka 50-100 nya läkare. En återgång till nuvarande praxis sker år 2006.

Den statliga ersättning som är avsedd för täckande av kostnader för utbildning används för att främja arbetsförhållanden för och utbildningen av unga läkare vid hälsovårdscentralerna.

### **Rekommendation 13**

*I förordningen om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården (1435/93) justeras 4 § år 2002 så att läkaren skall tjänstgöra i läkaruppgifter vid en hälsovårdscentral i minst sex månader. I förordningen om specialläkarexamen (678/98) justeras 6 § så att minst ett halvt år av utbildningstiden skall fullgöras i läkaruppgifter vid en hälsovårdscentral. Av denna tid kan högst tre månader ersättas med i förordning 1435/93 avsedd läkartjänst vid hälsovårdscentral. Ändringen förlänger inte utbildningstiden.*

*Till 6 § förordningen om specialläkarexamen (678/98) fogas en punkt där det konstateras att minst hälften av utbildningstiden, inklusive tjänstgöringen vid hälsovårdscentral, skall fullgöras vid annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård än ett universitetssjukhus. Undervisningsministeriet kan efter att ha hört social- och hälsovårdsministeriet besluta om de utbildningsprogram i vilka det är ändamålsenligt att avvika från nämnda tid.*

*Åren 2003-2005 överförs 8 miljoner euro från den statliga ersättning som är avsedd för forskningsverksamhet enligt 47 och 47 b § lagen om specialiserad sjukvård till den statliga ersättning som är avsedd för läkar- och tandläkarutbildning. En återgång till nuvarande praxis sker år 2006.*

#### **3.4.5 Koordinering av utbildningen**

Dimensioneringen av och innehållet i utbildningen för social- och hälsovårdssektorn koordineras på bästa sätt genom tillsättande av en permanent delegation vars uppgift är att utveckla utbildningen, främja samarbetet mellan utbildningsenheterna, bedöma och beräkna utbildningsbehovet samt följa upp situationen på arbetsmarknaden. I delegationen bör ingå representanter för undervisningsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, arbetsministeriet, finansministeriet, universiteten, yrkeshögskolorna och de kommunala arbetsgivarna. Den bör också ha ett permanent sekretariat.

För varje universitetssjukhus ansvarsområde behövs dessutom en regional delegation med representanter för länsstyrelsen, universiteten, yrkeshögskolorna, kommunerna, sjukvårdsdistrikten, primärvården och arbetskrafts- och näringscentralerna samt för den privata sektorn och den tredje sektorn. Delegationens uppgift är att utvärdera det regionala utbildningsbehovet inom social- och hälsovården samt att utveckla den regionala grund-, påbyggnads- och kompletteringsutbildningen.

Den nationella delegationen och de regionala delegationerna för ett nära samarbete. Den nationella delegationen samordnar de behov som de regionala delegationerna påvisar och utarbetar utgående från dessa rekommendationer om bl.a. fördelningen av yrkeshögskolornas nybörjarplatser.

#### **Rekommendation 14**

*Statsrådet tillsätter före utgången av år 2002 en utbildningsdelegation för social- och hälsovården, vilken koordinerar utvecklingen av utbildningen för social- och hälsovården, främjar samarbetet mellan utbildningshögskolorna samt bedömer behovet av och innehållet i utbildningen. Undervisningsministeriet tillsätter för varje universitetssjukhus' specialansvarsområde en regional utbildningsdelegation för social- och hälsovårdssektorn. Delegationens uppgift är att bedöma det regionala utbildningsbehovet och utveckla utbildningen.*

#### **3.4.6 Sporrande lönesystem**

Statsrevisorerna har föreslagit att sjukhusens specialavgiftsklass slopas, eftersom den ställer patienterna i en ojämlik ekonomisk situation och kan utgöra ett hinder för genomförandet av en rättvis vård. Specialavgiftsklassen utgör en del av läkarnas lönesystem, men innebär också att även läkarna behandlas på olika sätt. Endast en relativt liten del av läkarna har möjlighet att utnyttja denna rätt och en ännu mindre del utnyttjar den. Läkarnas lönesystem innehåller för närvarande alltför få sporrande faktorer.

Systemet med en specialavgiftsklass slopas stegvis. Slopandet av specialavgiftsklassen kompenseras för alla sjukhusläkare genom kollektivavtal. De läkare som har rätt att utnyttja specialavgiftsklassen får bevara denna rätt ända till utgången av deras arbetskarriär. Nya rättigheter att utnyttja specialavgiftsklassen beviljas inte efter att frågan avtalats genom kollektivavtal. Samtidigt som specialavgiftsklassen slopas, utvecklas ersättande incitamentsystem för läkare som arbetar vid sjukhus.

Som en del av utvecklingen av incitamentsystemen införs ett system där läkare som arbetar vid sjukhus kan arbeta extra (i första hand i poliklinisk eller dagkirurgisk verksamhet) i en kommunal arbetsgivares tjänst utanför den egentliga arbetstiden. De extra kostnaderna kan bekostas av kommuner, försäkringsbolag, arbetsgivare eller klienten

själv. En förutsättning för systemet med extra arbete är att verksamheten under den egentliga arbetstiden är effektiv och produktiv.

### Rekommendation 15

*Sjukhusens specialavgiftsklass slopas stegvis som en del av läkarnas kollektivavtal och som ersättning utvecklas ett incitamentsystem som främjar uppnåendet av verksamhetens effektivitets- och produktivitetsmål. Som en del av detta arbete utvecklas ett system där läkare som arbetar vid sjukhus kan arbeta extra i en kommunal arbetsgivares tjänst utanför den egentliga arbetstiden.*

## 3.5 KLIENTAVGIFTER

Merparten av de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna i Finland är avgiftsbelagda. Klientavgifternas andel av de totala kostnaderna för de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna är cirka 9 procent. Klientavgifterna har två syften: dels att finansiera tjänsterna, dels att styra användningen av tjänsterna. Avgifterna har ringa betydelser med tanke på finansieringen, men för en del av hushållen är kostnadsbelastningen ändå stor och avgifterna belastar proportionellt sett låginkomsttagarna mest. Klientavgifterna är högre i Finland än i de flesta andra europeiska länder.

Med tanke på den styrande funktionen är det viktigt att klientavgifterna i servicekedjan är dimensionerade och utformade så att de styr patienten att söka ändamålsenlig vård, men inte ställer hinder för utnyttjandet av tjänsterna. Den bästa styreffekten ger klientavgifterna i anslutning till sådana första vårdenhetsbesök där patienten har genuin beslutanderätt. I servicekedjans senare steg är läkarens beslut avgörande med tanke på användningen av tjänsterna.

I början av 1990-talet drog kommissionen för avgiftspolitik upp riktlinjer för de allmänna grunderna för klientavgifter och dessa riktlinjer skrevs in i lagen och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Det har sedan dess skett ett flertal enskilda ändringar i avgifterna. År 2000 infördes ett klientavgiftstak. Den uppsättning normer som uppstått har blivit svårfattlig för såväl klienter som andra aktörer.

Det finns ett flertal avgiftstak inom hälso- och sjukvården. För kommunernas social- och hälsovårdstjänster finns förutom det egentliga familjespecifika avgiftstaket även tak för hälsovårdscentralavgifter, avgifter för serievård samt för kortvarig anstaltsvård för personer under 18 år. För FPA-knutna rehabiliteringsreskostnader och för sjukförsäkringssystemets rese- och läkemedelskostnader finns ett avgiftstak på årsnivå. Det vore ur klientens synvinkel motiverat att förena avgiftstaken.

Målen för avgiftspolitikens övervägs grundligt på nytt. Avgiftspolitikens förhållande till den övriga sociala tryggheten och beskattningen preciseras, författningarna gällande av-

gifter görs klarare och avgifternas transparens ökas. I samband härmed utreds sjukförsäkringens självrisiker och deras förhållande till avgifterna för de kommunala social- och hälsovårdstjänsterna. De separata avgiftstaken inom den kommunala hälso- och sjukvården slås samman. I ett andra skede undersöks möjligheterna att förena den kommunala hälso- och sjukvårdens avgiftstak med sjukförsäkringssystemets avgiftstak.

### **Rekommendation 16**

*Social- och hälsovårdsministeriet överväger före utgången av år 2003 i samarbete med Finlands Kommunförbund och finansministeriet hur man med hjälp av social- och hälsovårdens avgiftspolitik kan stödja de mål som fastställts för hälsopolitiken och precisera avgiftspolitikens förhållande till den övriga sociala tryggheten. Avgiftssystemet reformeras före år 2005 så att det utgör en helhet.*

*Social- och hälsovårdsministeriet börjar bereda en sammanslagning av den kommunala hälso- och sjukvårdens olika avgiftstak samt utreda möjligheterna att sammanlå den kommunala hälso- och sjukvårdens avgiftstak och sjukförsäkringssystemets avgiftstak.*

## **3.6 SJUKFÖRSÄKRING OCH REHABILITERING**

Hälso- och sjukvårdens huvudfinansiärer utgörs av kommunerna, staten, arbetsgivarna, Folkpensionsanstalten och hushållen. Ur Penningautomatföreningens avkastning beviljas dessutom bidrag till folkhälsoorganisationer för förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Detta finansieringssystem med sina många kanaler är täckande och mångsidigt. Å andra sidan försvårar de många finansieringskanalerna styrningen och koordineringen av tjänster samt kan förorsaka snedvridningar i serviceutbudet. Finansieringen blir i sin helhet dunkel och systemet uppmuntrar aktörer att flytta över kostnader på andra.

De många finansieringskanalerna leder till deloptimering: man sänker de egna utgifterna utan att ta ansvar för totalkostnaderna. Kommunerna och serviceproducenterna beaktar inte de sjukpenningskostnader som en fördröjd vård medför. Man underlåter att utföra en operation därför att kostnaderna för en alternativ läkemedelsbehandling ersätts genom sjukförsäkringen. Kommuner underlåter att anordna ändamålsenlig anstaltsvård eller öppen vård och försöker i stället flytta över kostnaderna på FPA. Ingen bär ansvaret för rehabiliteringen som helhet.

Det av FPA administrerade sjukförsäkringssystemets andel av totalfinansieringen av hälso- och sjukvården har under de senaste tio åren ökat från drygt 10 procent till 15 procent. Läkemedelsersättningarna väntas stiga med närmare en miljard euro fram till år



2006. Även kostnaderna för företagshälsovård, sjukpenning och reseersättningar har ökat. Läkarearvodena samt ersättningarna för undersökning och vård har inte förändrats, men ersättningarna för tandläkarearvoden har ökat då nya åldersklasser beviljats rätt till ersättning för tandvård.

Sjukförsäkringsersättningarna är förknippade med vissa problem. Systemet skapar ojämlikhet mellan olika socialgrupper och regioner. Alla områden kan inte erbjuda privata läkar-, undersöknings- eller vårdtjänster, vilket medför att ersättningarna för dessa tjänster fördelar sig ojämnt mellan landets olika delar. Sjukförsäkringsersättningarna kan ha indirekta negativa effekter på den kommunala hälso- och sjukvården. I tider av läkarbrist kan stödandet av den privata sektorn styra läkare bort från den offentliga sektorn och till den privata sektorn och härigenom ytterligare förvärra bristen på läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.

Undersöknings- och vådersättningarna kan ge upphov till överlappande kapacitet och upprätthålla en oändamålsenlig produktionsstruktur. En nyligen genomförd kostnadsutredning (Juva och Linnakko 2001) antyder att en del av ersättningarna för laboratorieundersökningar överskrider de faktiska produktionskostnaderna. En sänkning av ersättningarna för laboratorie- och andra undersökningar skulle frigöra medel med vilka andra ersättningar kunde höjas så att dessa bättre motsvarar den nuvarande kostnadsnivån.

De totala utgifterna för rehabiliteringstjänster var år 2000 cirka 7,2 miljarder mark (1,2 miljarder euro). Den reella ökningen jämfört med år 1997 var 9 procent. Rehabiliteringstjänsterna och finansieringen av dem administreras av många olika organisationer och saknar en klar koordination och styrning. Till följd härav är det oklart vem som bär ansvaret för målet med åtgärderna, för korrekt allokering och för kostnadseffektiviteten. Hälso- och sjukvårdens interna styrning är bristfällig, vilket ytterligare ökar verksamhetens ineffektivitet. Ansvaret för rehabiliteringsåtgärderna överförs på ett oändamålsenligt sätt från en förvaltningsgren och finansär till en annan.

### Rekommendation 17

*Social- och hälsovårdsministeriet och FPA utvärderar sjukförsäkringsersättningarnas och rehabiliteringsförmånernas effekter ur den offentliga och privata serviceproduktionens synvinkel (bl.a. psykoterapi och ögonläkartjänster och fysikalisk vård) och beaktar dessa effekter i utvecklingsarbetet.*

*Sjukförsäkringsersättningarna för laboratorie- och utbildningsundersökningar sänks före utgången av år 2002 till en nivå som motsvarar kostnaderna vid effektiva verksamhetsenheter.*

*Social- och hälsovårdsministeriet och FPA utvecklar sjukförsäkringssystemet så att kostnadseffektiva vårdformer fortsättningsvis ersätts och systemet inte i onödan ökar användningen av dyra, men mindre effektiva vårdformer och undersökningar. De lägsta kostnaderna ersätts inte längre.*

## 3.7 FINANSIERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Finland år 2000 var 51,8 miljarder mark. Nettoutgifterna för den offentliga hälso- och sjukvården var 38,9 miljarder mark, varav bäddavdelningsvårdens andel var 19,0 miljarder, den öppna vårdens 12,0 miljarder, läkemedlens 4,0 miljarder och övriga utgifters andel 3,9 miljarder mark. Av totalutgifterna för hälso- och sjukvården år 2000 finansierade staten 17,6 procent, kommunerna 42,2 procent, Folkpensionsanstalten 15,4 procent och hushållen 20,6 procent. Den övriga privata finansieringens andel var 4,3 procent..

Utgiftsutvecklingen under de närmaste åren påverkas av ett flertal faktorer. Antalet personer över 65 år ökar fram till år 2010 med cirka 15 procent och antalet personer över 80 år med 24 procent. Till följd av migrationen inom landet måste delar av servicesystemet omstruktureras och överkapaciteten i de områden som förlorar invånare är svår att avveckla. Med hjälp av ny teknik kan man förebygga och behandla sjukdomar samt förbättra funktionsförmågan. En del av denna teknik är dock dyr och ökar hälso- och sjukvårdens utgifter. En femprocentig ökning av lönekostnaderna innebär att hälso- och sjukvårdens andel av bnp ökar med cirka 0,2 procent.

Det finns också ett flertal faktorer som sänker kostnaderna för hälso- och sjukvården. Befolkningens hälsotillstånd och funktionsförmåga förbättras. Utvecklingen av levnads-

förhållanden bromsar upp det ökande servicebehovet. Utvecklingen av lösningar som kan ersätta anstaltsvård går vidare. En del av den nya tekniken ger resursinbesparingar.

Utgifterna för hälso- och sjukvården påverkas mer av faktorer som ansluter till serviceutbudet än av faktorer i efterfrågan. Läkarna har en nyckelställning i strävandena att kontrollera kostnaderna. Huvuddelen av de beslut som påverkar kostnaderna för hälso- och sjukvården fattas då läkaren och patienten möts. Rationell vårdpraxis utgör ett nyckelmoment vad gäller kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Ett högklassigt och effektivt servicesystem kan upprätthållas endast genom en målmedveten reformering av servicestrukturerna och genom ständig effektivisering av verksamheten. En snabb ekonomisk tillväxt ger utrymme att anvisa mer resurser för hälso- och sjukvården, medan en långvarig konjunkturedgång eller recession tvingar till nya nedskärningar.

### **3.7.4 Hälso- och sjukvårdens totala finansieringsbehov 2003-2010**

I samband med detta projekt uppskattades servicesystemets omedelbara behov av tilläggsfinansiering och förändringarna i finansieringsbehovet fram till år 2010. Uppskattningen beaktar även de inbesparingar som kan uppnås genom utveckling och rationalisering av servicesystemet på det sätt som skisseras i detta program.

Tilläggsresurser behövs omedelbart inom den öppna mentalvården, missbrukarvården, vissa sektorer inom den specialiserade sjukvården (cancersjukdomar, ortopedi, kardiologi och ögonsjukdomar) samt inom primärvården. Tilläggsbehovet uppgår till cirka 175 miljoner euro. Det omedelbara tilläggsbehovet inom äldreården uppskattas till cirka 170 miljoner euro. Dessutom behövs resurser för utvecklingsprojekt i anslutning till servicesystemet samt för renovering och ombyggnad av hälsocentralfastigheter. Problemen kan elimineras endast om såväl staten som kommunerna anvisar avsevärda tilläggsresurser för hälso- och sjukvården.

Det finns olika beräkningar av hur förändringarna i åldersstrukturen påverkar totalkostnaderna för social- och hälsovården. I samband med detta projekt uppskattades att den ökade medelåldern förorsakar cirka 95 miljoner euro per år i tilläggskostnader under åren 2003-2010. Av detta är den specialiserade sjukvårdens andel cirka 23 miljoner, primärvårdens 23 miljoner, äldreården 26 miljoner, sjukförsäkringens 14 miljoner och övriga posters andel 10 miljoner euro. I dessa kalkyler har förändringar i arbetskraftskostnaderna och produktiviteten inte beaktats.

Med hjälp av utvecklingsåtgärder kan inbesparingar på 2-4 procent göras i den offentliga hälso- och sjukvården. Nyttan av rationaliseringarna kan uppnås stegvis inom 3-5 år. Ökningen av läkemedelskostnaderna kan dämpas genom främjande av ett rationellt läkemedelsbruk och genom användning av förmånligare synonympreparat samt genom att utveckla den regionala läkemedelsförsörjningen. Cirka 100 miljoner euro kan sparas i såväl laboratorie- som utbildningskostnaderna genom en övergång till regionala produktionsenheter. Kostnadsinbesparingar uppnås med hjälp av såväl de på de nationella vårdrekommendationerna baserade regionala vårdprogrammen och utvecklingen av ar-

betsfördelningen och samarbetet mellan verksamhetsenheterna som genom ständig utbildning, kvalitetssystem och elektroniska sjukjournaler.

Det hållbaraste sättet att dämpa kostnadsökningarna är att sänka sjukdomsincidensen och därigenom behovet av vård. Vikten av att upprätthålla funktionsförmågan accentueras kraftigt då antalet äldre stiger. Det är ingen självklarhet att befolkningens hälsa och funktionsförmåga fortsätter utvecklas i positiv riktning. I synnerhet förebyggandet av livsstilssjukdomar och upprätthållandet av funktionsförmågan kräver ytterligare insatser, om man vill dämpa det ökande behovet av vård och omsorg.

Klyftan mellan hälso- och sjukvårdens möjligheter och de tillgängliga resurserna kommer att öka i framtiden. Med hjälp av teknik som i dag är under utveckling och som åtminstone inledningsvis blir dyr kan man i framtiden bota ett stort antal vanliga sjukdomar för vilka det i dag inte finns någon effektiv vård (t.ex. många cancerformer). Om det inte är möjligt att höja skattegraden, står den offentliga hälso- och sjukvården inför endast två alternativ: prioritering eller en radikal reform av finansieringsstrukturen eller finansieringssätten.

De principer som tillämpas vid prioriteringen måste avtalas i samråd mellan medborgarna, de politiska beslutsfattarna och expertisen inom hälso- och sjukvården. Endast på så sätt kan de för ordnandet av tjänsterna ansvariga kommunerna och de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården iakttä samma och gemensamt godkända principer när de står inför ett val eller ett beslut.

### **3.7.2 De föreslagna utvecklingsåtgärdernas effekt på statens och kommunernas ekonomi**

Med tanke på anordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster är det av högsta vikt att trygga den kommunala finansieringens tillräcklighet och stabilitet. Den kommunala ekonomin har som helhet varit relativt god under senare år. Till följd av ökande utgifter och osäkerheten i anslutning till inkomstbasen väntas dock den kommunala ekonomin bli stramare under de närmaste åren. Kommunernas ekonomiska utveckling påverkas av att tyngdpunkten i kommunernas interna finansiering flyttas från statsandelarna till skatteintäkterna och av att ökningen av skatteintäkterna sker via kommunalskatten, som fördelar sig jämnare än samfundsskatten.

Syftet med statsandelssystemet är att trygga kommunernas möjligheter att med en skälig skattenivå upprätthålla en tillräckligt hög nivå på de kommunala tjänsterna i de olika delarna av landet. Statsandelen för tjänsternas sammanlagda kalkylerade driftsutgifter är olika i utbildningsväsendet (57 %) och social- och hälsovårdsväsendet (25 %). En statsandel som utbetalas via statsandelssystemet är allmäntäckande, icke öronmärkta pengar om vars kommuninterna användning kommunen själv beslutar. För kommunerna är statsandelarna juridiskt sett pengar av samma art som kommunernas skatteintäkter.

I statsandelslagstiftningen bestäms om bibehållandet av kostnadsfördelningen mellan staten och kommunerna i enlighet med de i lagen fastställda procentandelarna. Bibehållandet av kostnadsfördelningen utreds på riksnivå var fjärde år. På basis av utredningen

justeras statsandelarna så att fördelningen återgår till den lagenliga nivån från och med ingången av det år som följer på justeringsåret. Nästa gång görs en fyraårsjustering år 2005. Statsandelarna justeras dessutom utgående från förändringar i kostnadsnivån.

Nettoutgifterna för den kommunala hälso- och sjukvården år 2000 var cirka 5,0 miljarder euro, varav bäddavdelningsvårdens andel var cirka 3,1 miljarder och den öppna vårdens andel 2,0 miljarder euro. Statsandelarna för kommunernas social- och hälsovård år 2002 var 2,5 miljarder euro, vilket innebär en ökning med 34 miljoner euro jämfört med föregående års statsandelar för social- och hälsovårdens driftskostnader. Vid regeringens ramförhandlingar om budgeten för år 2003 har man avtalat om en ökning av social- och hälsovårdens statsandelar med 104 miljoner euro.

Det omedelbara tilläggsbehovet inom den kommunala hälso- och sjukvården har uppskattats till cirka 0,35 miljarder euro. Med denna insats kan man i väsentlig grad förkorta operations- och vårdköerna och dröjsmålen i cancervården, genomföra kvalitetsrekommendationerna för mentalvårdsarbetet och äldrevården samt utveckla primärvården. Åren 2003-2007 behövs årligen ytterligare 50 miljoner euro till följd av merkostnader som förorsakas av den förändrade åldersstrukturen och 50 miljoner euro för ibruktagnad av ny teknik (bl.a. cancervård). Kostnaderna för kompletterande utbildning av hälso- och sjukvårdens personal är fr.o.m. år 2004 40 miljoner euro/år (punkt 2.2.3). Om detta program genomförs är det i slutet av perioden möjligt att genom rationaliseringarna uppnå inbesparingar på 0,2 miljarder euro per år. Det totala behovet av tilläggsresurser jämfört med i dag är vid utgången av perioden sålunda 0,7 miljarder euro.

Detta projekts ledningsgrupp anser att den kommunala hälso- och sjukvården under perioden 2003-2007 bör anvisas så stora tilläggsresurser att det servicebehov som anges i rekommendationerna tillfredsställs. De statsandelar som är avsedda för kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården höjs stegvis med beaktande av ovan nämnda omedelbara behov av tilläggsresurser och ökning av servicebehovet. Förändringen beaktas i kostnadsfördelningen mellan stat och kommuner genom en höjning av statsandelsprocenten. Storleken på statsandelshöjningen beslutas när kommunernas ekonomiska ställning utvärderats och de i detta program föreslagna åtgärderna avgjorts.

Ett sammandrag av hur verkställandet av det nationella projektet för utveckling av hälso- och sjukvården påverkar statsbudgeten ges i tabell 1. Behovet av projektfinansiering avsedd för strukturell och funktionell utveckling av servicesystemet och av anslag för utveckling av hälso- och sjukvårdens arbetsgemenskaper, nationella vårdrekommendationer, rationell läkemedelsbehandling, utvärdering av teknik, informationssystem och elektroniska sjukjournaler har motiverats i tidigare kapitel i denna plan.

**TABELL 1** Nationellt projekt för trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. Effekterna av projektets åtgärdsförslag på statsbudgeten (ökning av ramen för år 2003)\*

Anslag (miljoner euro)	År				
	2003	2004	2005	2006	2007
Strukturell och funktionell utveckling av servicesystemet** - bl.a. regionala informationssystem, stödjande av strukturförändringar, utarbetande av regionala vårdprogram	8	30	30	30	30
Utveckling av arbetsgemenskapen (AM)	-	2	2	2	-
Nationella vårdrekommendationer (RAY)	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Rationell läkemedelsvård (Läkemedelsverket)	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
Utvärdering av teknik (FinOH-TA)	-	0.5	1.0	1.5	2.5
Utveckling av informationssystem och elektronisk sjukjournal (Stakes)	0.8	0.8	0.8	-	-
Genomförande av programmet (SHM)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8

\* Inkluderar ej förslag gällande statsandelar för kommunernas social- och hälsovård

\*\* Statsunderstöd utbetalas från statsunderstöd för stödjande av strukturell och funktionell utveckling av servicesystemet

### Rekommendation 18

*Den kommunala hälso- och sjukvården anvisas under perioden 2003-2007 så stora tilläggsresurser att det servicebehov som anges i rekommendationerna tillfredsställs. De statsandelar som är avsedda för kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården höjs stegvis med beaktande av det omedelbara behovet av tilläggsresurser och ökningen av servicebehovet. Besluten om statsandelar beaktar kommunernas ekonomiska ställning. Då besluten fattas förutsätts att man börjat genomföra de i detta program föreslagna åtgärderna.*

*För stödjande av de strategiska och tidsbundna strukturella och funktionella projekten för utveckling av servicesystemet anvisas 8 miljoner euro år 2003 och 30 miljoner euro/år under åren 2004-2007.*

## 3.8 GENOMFÖRANDET AV PROGRAMMET

Social- och hälsovårdsministeriet samordnar genomförandet av detta program. För detta ändamål tillsätter social- och hälsovårdsministeriet en ledningsgrupp till vilken kallas representanter för finansministeriet, undervisningsministeriet och Finlands Kommunförbund. Till stöd för ledningsgruppen sammankallas en uppföljningsgrupp med representanter för arbetsmarknads- och fackorganisationerna, sjukvårdsdistrikten, primärvården, socialvården, universiteten och yrkeshögskolorna samt representanter för den del av den privata och den tredje sektorn som producerar hälso- och sjukvårdstjänster. För koordinering av programmet reserveras ett årligt anslag på 0,8 miljoner euro under åren 2003-2007.

Genomförandet av programmet utvärderas årligen i anslutning till att beslut fattas om höjning av de statsandelar som är avsedda för kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården.

## 4. SAMMANDRAG

Grunden för vårt lands hälso- och sjukvård är den i grundlagen inskrivna medborgerliga rättigheten till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster. Utgångspunkterna för systemet är att det är skattefinansierat, att staten svarar för styrningen och att kommunerna svarar för ordnandet av tjänsterna. Systemet har hittills fungerat bra. Den av kommunerna ord-

nade primärvården och den specialiserade sjukvården täcker hela landet. Personalen är välutbildad och engagerad i arbetet. Kvaliteten på tjänsterna har varit god, medan tillgängligheten varit medelmåttig.

Hälso- och sjukvårdens produktivitet ökade avsevärt under 1990-talet och ligger nu på en i medeltal hög nivå. Effektivitetsökningen grundade sig på hög yrkesskicklighet, talkoanda och en ytterst motiverad personal. En del av personalen arbetar för närvarande vid gränsen för sin prestationsförmåga.

Servicesystemet är utsatt för tryck från många håll. Befolkningens ökande medelålder ökar behovet av vård och omsorg. Till följd av den snabba migrationen inom landet måste delar av servicesystemet omstruktureras. När de stora åldersklasserna går i pension kommer arbetskraftsbristen att märkas i alla personalgrupper. Med hjälp av ny teknik kan vården och omsorgen förbättras och effektiviseras. En del av denna teknik är dock dyr, vilket medför att det blir ännu viktigare att kunna behärska tekniken rätt.

Målet med det utvecklingsarbete som beskrivs i denna plan är att trygga att alla medborgare får tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som motsvarar deras behov. Servicesystemet utvecklas i samarbete mellan kommunerna och staten med beaktande av den privata sektorns och den tredje sektorns verksamhet. Patienten garanteras tillräcklig information och deltagande i beslutsfattande som gäller honom eller henne själv. Reformerna skall säkerställa tjänsternas kontinuitet, rättidighet, trygghet och kvalitet, främja samarbetet mellan olika aktörer och sporra till kostnadseffektivitet.

Brådskande vård ges utan dröjsmål. I andra än akutsituationer skall patienten få en första bedömning av en yrkesutbildad person inom primärvården, vanligtvis en läkare, inom tre dagar från den första kontakten. Inom den specialiserade sjukvården gäller att en läkare skall ge en första bedömning inom tre veckor från det att remiss skrivits ut.

Av medicinska skäl motiverad vård eller behandling skall ges inom den tid som fastställs i de nationella vårdrekommendationerna eller inom på annat sätt fastställd rimlig tid, vanligen inom tre och senast inom sex månader. Om kommunen eller samkommunen inte själv kan ordna vård inom utsatt tid, skall den ordna vård hos andra serviceproducenter utan att patientens betalningsandel påverkas.

Principen om att patienten skall få vård i rimlig tid efter att behovet av vård konstaterats och statsmaktens rätt att, för att främja en jämlikare tillgång på hälso- och sjukvårdstjänster, genom statsrådsförordning utfärda bestämmelser om de tider inom vilka en patient skall få undersökning och vård kommer att skrivas in i lagen om specialiserad sjukvård, folkhälsolagen och mentalvårdslagen.

Primärvården organiseras som regionala, funktionella helheter, i regel med ett befolkningsunderlag på 20 000–30 000 invånare och med 12–18 läkare i dessa enheter. Då nätverket av verksamhetsställen byggs upp skall de lokala förhållandena, befolkningstätheten och avstånden beaktas. Mentalvårdens öppenvårdstjänster, psykosociala tjänster och missbrukarvård samt till dessa anknyttande jourverksamhet ordnas som en regional funktionell helhet i samarbete med den privata och tredje sektorn. Äldrevården organi-



seras tillsammans med socialväsendet i huvudsak som närservice som ansluter till boendet.

Det funktionella samarbetet och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården genomförs specialansvarsområdesvis. Sjukvårdsdistrikten utarbetar specialansvarsområdesvis en plan för utvecklingen av samarbetet och arbetsfördelningen och presenterar planen för social- och hälsovårdsministeriet. Samarbetet kan genomföras antingen genom sammanslagning av sjukvårdsdistrikt eller inom ramarna för de nuvarande sjukvårdsdistrikten. Social- och hälsovårdsministeriet behandlar planerna och beviljar vid behov projektfinansiering för genomförandet av dem. Kretssjukhusen bildar tillsammans med områdets primärvårdsenheter hälso- och sjukvårdsområden eller knyts till områdets centralsjukhus.

Laboratorie- och utbildningsfunktionerna sköts i regionala system där kommunernas affärsverk och ny datateknik utnyttjas. Sjukförsäkringsersättningarna för laboratorie- och utbildningsundersökningar justeras till en nivå som motsvarar de faktiska produktionskostnaderna. Praxisen för sjukförsäkringsersättningar justeras även på så sätt att sjukförsäkringen på lika grunder ersätter evidensbaserad undersökning och vård som ges enligt samma vårdindikatorer som i den kommunala hälso- och sjukvården.

Ett nationellt elektroniskt sjukjournalssystem tas i bruk. Utarbetandet av nationella vårdrekommendationer och regionala vårdprogram fortsätter och den praktiska anpassningen av dem effektiviseras. Befintlig information om olika behandlingsformers effekt utnyttjas även i rehabiliteringsverksamheten.

Tilläggsresurser riktas till äldrevården, hemsjukvården, mentalvården, primärvården och vissa delområden inom den specialiserade sjukvården. Den kommunala finansieringens stabilitet och förutsägbarhet förbättras. Bestämmelserna gällande klientavgifter och avgiftstak revideras.

Servicesystemet utvecklas som ett programarbete för vilket reserveras projektfinansiering i statsbudgeten. Reformerna genomförs före utgången av år 2007. Projektfinansiering anvisas för att ordna regional närservice, utveckla arbetsfördelningen mellan sjukvårdsdistrikten och stödja de lösningar som förutsätts av att distrikten sammanslås funktionellt och administrativt. Utvecklingen och ibruktagandet av det nationella elektroniska sjukjournalssystemet och projekten Gängse Vård och Rohto stöds.

Antalet nybörjarplatser inom läkarutbildningen höjs från och med år 2002 från 550 till 600. Utbildningen av övrig hälso- och sjukvårdspersonal utökas i enlighet med kommissionens förberäkning av hälso- och sjukvårdens arbetskraftsbehov förslag, dock skall de regionala utbildningsdelegationernas förslag gällande antalet och fördelningen av nybörjarplatser beaktas, så att de regionala behoven tillfredsställs.

Personalen ges kompletterande utbildning, som beroende på grundutbildningens längd är i medeltal 3-10 dagar per år. Kostnadsansvaret för den kompletterande utbildningen bärs av arbetsgivaren. Statsandelarna för kommunernas social- och hälsovård höjs för detta ändamål med 10 miljoner euro per år. Ledarskapet inom hälso- och sjukvården

utvecklas genom anordnande av en multiprofessionell ledarutbildning för hälso- och sjukvården.

Staten medverkar till att arbetsmarknadsparterna inleder diskussioner om att utveckla ett system med resultatlön med syfte att i samband med löneuppgörelserna inom hälso- och sjukvårdssektorn beakta en resultatrik arbetsinsats. Systemet med en specialavgiftsklass slopas stegvis.

Ett flertal åtgärder vidtas för att dämpa de problem läkarbristen medför. Undervisningsministeriet justerar de förordningar som gäller tilläggsutbildningen och specialiseringsutbildningen av läkare i primärvården så att den utbildning som fullgörs efter avläggandet av grundexamen omfattar minst 9 månaders läkartjänst vid en hälsovårdscentral. Tilläggsutbildningen för läkare i primärvården fullgörs i sin helhet vid hälsovårdscentraler. Av tilläggsutbildningen kan 3 månader godkännas som utgörande en del av specialiseringsutbildningen. Av specialiseringsutbildningen skall minst halva tiden fullgöras någon annanstans än vid ett universitetssjukhus. Ändringarna förlänger inte utbildningstiden. Åren 2003-2005 överförs 8 miljoner euro från den statliga ersättning som är avsedd för forskningsverksamhet enligt lagen om specialiserad sjukvård till den statliga ersättning som är avsedd för läkar- och tandläkarutbildning.

De statsandelar som är avsedda för kommunernas driftskostnader för social- och hälsovården höjs stegvis med beaktande av det omedelbara behovet av tilläggsresurser och ökningen av servicebehovet. Förändringen beaktas i kostnadsfördelningen mellan stat och kommuner genom en höjning av statsandelsprocenten. Storleken på statsandelshöjningen beslutas när kommunernas ekonomiska ställning utvärderats och de i detta program föreslagna åtgärderna avgjorts.

Social- och hälsovårdsministeriet samordnar genomförandet av programmet och tillsätter en ledningsgrupp som följer upp verkställandet av projektet.